

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Analyse de matériel pédagogique servant au développement
du jugement clinique en Soins infirmiers au Cégep de Rivière-du-Loup

par

Annik Lavoie

Essai présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maître en enseignement (M. Éd.)

Maîtrise en enseignement au collégial

Août 2018

© Annik Lavoie, 2018

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Analyse de matériel pédagogique servant au développement
du jugement clinique en Soins infirmiers au Cégep de Rivière-du-Loup

par

Annik Lavoie

a été évalué[e] par un jury composé des personnes suivantes :

Monsieur Roger de Ladurantaye

Directeur d'essai

Madame Anne-Marie Bruson

Évaluatrice de l'essai

Essai accepté le 23 octobre 2018

SOMMAIRE

Cet essai s'intéresse à l'enseignement du jugement clinique en soins infirmiers au Cégep de Rivière-du-Loup. Plus précisément, nous avons analysé l'utilisation d'un gabarit de démarche de soins à travers le développement de compétences sollicitant le jugement clinique en posant la question : « Le matériel pédagogique utilisé pour effectuer la démarche de soins permet-il le développement du jugement clinique chez les étudiants et les étudiantes en Soins infirmiers du Cégep de Rivière-du-Loup ? ».

Le cadre de référence sur lequel s'appuie l'analyse du matériel pédagogique présente tout d'abord le processus pour poser un jugement clinique. Il précise ensuite les bases du fonctionnement de la mémoire et définit les concepts de stratégies d'apprentissage, de stratégies cognitives et de catégories de connaissances reconnues en pédagogie. En se basant sur les études probantes en pédagogie cognitive, nous avons retenu la stratégie d'enseignement explicite comme meilleure approche pour structurer l'enseignement du jugement clinique. Nous nous sommes aussi appuyés sur le concept d'approche-programme dans un contexte d'enseignement au collégial afin de fixer nos trois objectifs de recherche découlant du cadre de références.

Cette recherche qualitative porte sur l'analyse de matériel pédagogique selon le devis méthodologique de Paillé (2007).

Dans un premier temps, le gabarit de la démarche de soins utilisé pour l'enseignement du jugement clinique en soins infirmiers a été décortiqué en fonction des connaissances nécessaires à la réalisation de ses cinq étapes. Par la suite, les stratégies pédagogiques et les stratégies cognitives planifiées aux plans-cadres et aux plans de cours pour l'enseignement du jugement clinique ont été mises en relation avec ces connaissances afin de les analyser. Dans un deuxième temps, l'alignement curriculaire et l'approche-programme ont fait l'objet d'une analyse, toujours en fonction de l'enseignement de la démarche de soins comme outil de développement du jugement clinique. Pour finir, une proposition d'activités d'enseignement/apprentissage adoptant une stratégie d'enseignement explicite de la démarche de soins dans une perspective d'approche-programme a été élaborée.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	V
LISTE DES TABLEAUX.....	XIII
LISTE DES FIGURES	XV
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	XVII
REMERCIEMENTS	XIX
 INTRODUCTION	 1
 PREMIER CHAPITRE : LA PROBLÉMATIQUE.....	 5
1. LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE	5
1.1 Les exigences de la formation infirmière et la démarche de soins comme structure d'analyse	5
1.2 L'enseignement de la démarche de soins au Cégep de Rivière-du-Loup	8
2. LE PROBLÈME DE RECHERCHE	9
2.1 Les difficultés vécues en lien avec la démarche de soins au Cégep de Rivière-du-Loup.....	10
2.1.1 La forme du gabarit et le rapport des étudiants et des étudiantes avec ce dernier.....	10
2.1.2 Les erreurs fréquentes lors de l'utilisation du gabarit	11
2.2 Le développement de compétences nécessitant la formulation d'un jugement clinique	13
2.2.1 L'examen professionnel	13
2.2.2 Le sondage auprès des finissants et finissantes	14
3. LA QUESTION DE RECHERCHE	16

3.1	La question de recherche.....	16
-----	-------------------------------	----

DEUXIÈME CHAPITRE : LE CADRE DE RÉFÉRENCE 17

1.	LE PROCESSUS POUR POSER UN JUGEMENT CLINIQUE	18
1.1	La définition du jugement clinique	18
1.2	Le lien entre les composantes du jugement clinique et les compétences en soins infirmiers	20
1.3	Le jugement clinique et le constat d'évaluation à travers les étapes de la démarche de soins	25
1.3.1	Le jugement clinique menant au constat d'évaluation	25
1.3.2	La réalisation des deux premières étapes de la démarche de soins ..	27
1.3.3	Un exemple concret de la réalisation des deux premières étapes de la démarche de soins.....	29
2.	LES LIENS ENTRE LES CATÉGORIES DE CONNAISSANCES, LES STRATÉGIES D'APPRENTISSAGE ET LES STRATÉGIES COGNITIVES	32
2.1	Les catégories de connaissances et le fonctionnement de la mémoire	32
2.2	La distinction entre stratégies d'apprentissage et stratégies cognitives	33
2.3	Les stratégies cognitives pertinentes selon les catégories de connaissances	35
2.3.1	Les connaissances déclaratives	35
2.3.2	Les connaissances procédurales	36
2.3.3	Les connaissances conditionnelles	38
3.	LA STRATÉGIE D'ENSEIGNEMENT RETENUE	42
3.1	L'enseignement explicite et ses composantes.....	43
3.1.1	La révision.....	45
3.1.2	Le modelage	46
3.1.3	La pratique guidée	47
3.1.4	Le développement de l'auto-efficacité et la révision systématique	49

3.1.5	Le cycle de l'enseignement explicite	50
4.	LA SÉQUENCE ENSEIGNEMENT/APPRENTISSAGE DU JUGEMENT CLINIQUE DANS UNE PERSPECTIVE D'APPROCHE-PROGRAMME.....	52
5.	LES GRILLES D'ANALYSE DÉCOULANT DU CADRE DE RÉFÉRENCE	55
6.	LES OBJECTIFS DE RECHERCHE	57

TROISIÈME CHAPITRE : LA MÉTHODOLOGIE 59

1.	LE TYPE D'ESSAI	59
2.	LA PHASE MÉTHODOLOGIQUE.....	61
2.1	Les participants et les participantes	61
2.2	Le déroulement et l'échéancier	61
2.3	Les techniques et les instruments de collecte de données.....	62
2.4	La méthode de traitement et d'analyse des données	62
2.5	Les moyens pris pour assurer la scientificité	63
2.6	Les aspects éthiques de la recherche	65

QUATRIÈME CHAPITRE : L'ANALYSE DES DONNÉES..... 69

1.	LE MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE ET LES STRATÉGIES COGNITIVES.....	69
1.1	Le matériel pédagogique analysé et les éléments sélectionnés.....	69
1.2	Les contenus et les objectifs d'apprentissage concernant la démarche de soins.....	71
1.3	Les stratégies pédagogiques et les stratégies cognitives pertinentes au développement de chaque catégorie de connaissances	74
1.3.1	La stratégie pédagogique visant l'atteinte des objectifs d'apprentissage en lien avec l'étape 1 de la démarche de soins	75
1.3.2	Les stratégies pédagogiques visant l'atteinte des objectifs d'apprentissage en lien avec l'étape 2 de la démarche de soins	77
1.3.3	L'utilisation de la démarche de soins comme stratégie pédagogique	79

1.3.4	Un « exemple parfait » pour illustrer les opérations cognitives.....	79
2.	L'ALIGNEMENT CURRICULAIRE ET L'APPROCHE-PROGRAMME.....	82
2.1	L'utilisation de la démarche de soins à travers le programme Soins infirmiers	82
2.2	Les outils pédagogiques ayant un lien avec la démarche de soins et le jugement clinique	86
2.2.1	La feuille d'attribution	86
2.2.2	Le plan thérapeutique infirmier.....	87
2.2.3	L'utilisation de la démarche de soins, du PTI et de la feuille d'attribution en milieu de travail	87
3.	LES STRATÉGIES D'ENSEIGNEMENT/APPRENTISSAGE À RETENIR	91
3.1	Une proposition d'activités pédagogiques dans le cadre d'une stratégie d'enseignement explicite de la démarche de soins	92
3.1.1	Les compétences et les catégories de connaissances	92
3.1.2	Les activités d'apprentissage en première année du programme Soins infirmiers	93
3.1.3	Les activités d'apprentissage en deuxième année du programme Soins infirmiers	96
3.1.4	Les activités d'apprentissage en troisième année du programme Soins infirmiers	97
4.	L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	98
4.1	Les résultats de l'analyse et les limites de la recherche	98
4.1.1	Les résultats de l'analyse portant sur le premier objectif de recherche	98
4.1.2	Les résultats de l'analyse portant sur le deuxième objectif de recherche	100
4.1.3	Les résultats de l'analyse portant sur le troisième objectif de recherche	102
	CONCLUSION	103
1.	LE RÉSUMÉ DE LA RECHERCHE	103

2. LES RETOMBÉES POSSIBLES ET PISTES D'AVENIR	105
---	-----

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 109

ANNEXE A LISTE DES COURS ET COMPÉTENCES DU PROGRAMME SOINS INFIRMIERS AU CÉGEP DE RIVIÈRE-DU-LOUP	113
---	-----

ANNEXE B FEUILLE D'ATTRIBUTION.....	117
--	-----

ANNEXE C GABARIT DE LA DÉMARCHE DE SOINS	119
---	-----

ANNEXE D PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER	133
--	-----

ANNEXE E EXEMPLE DE DÉMARCHE DE SOINS POUR MONSIEUR LAMARCHE	135
--	-----

ANNEXE F STRUCTURE D'UNE LEÇON EN ENSEIGNEMENT EXPLICITE...	137
--	-----

ANNEXE G LES GRILLES D'ANALYSE	141
---	-----

ANNEXE H EXEMPLE « PARFAIT »	153
---	-----

ANNEXE I PROPOSITION D'ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE ADOPTANT UNE STRATÉGIE D'ENSEIGNEMENT EXPLICITE DE LA DÉMARCHE DE SOINS.....	159
--	-----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Éléments de compétence à développer en lien avec les étapes de la démarche de soins	22
Tableau 2	Exemples de stratégies d'apprentissage en fonction des stratégies cognitives nécessaires au développement des différentes catégories de connaissances	41
Tableau 3	Échéancier des travaux	61
Tableau 4	Étapes de la démarche de soins reliées aux éléments nécessaires pour compléter la feuille d'attribution et le plan thérapeutique infirmier (PTI)	88

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Les cinq étapes de la démarche de soins	19
Figure 2	Distinction entre analyse et interprétation dans la démarche de soins	29
Figure 3	Catégories de connaissances et stratégies cognitives	40

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AVQ :	activité de la vie quotidienne
CER :	comité éthique à la recherche
HTA :	hypertension artérielle
MEC :	maîtrise en enseignement au collégial
MPOC :	maladie pulmonaire obstructive chronique
OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
P/F :	personne/famille
PSTI :	plan de soins et de traitements infirmiers
PTI :	plan thérapeutique infirmier
SCHF :	simulation clinique haute-fidélité

REMERCIEMENTS

Je désire remercier de tout cœur mon directeur de recherche Roger de Ladurantaye pour son soutien, sa disponibilité et ses encouragements qui m'ont permis de rendre à terme la réalisation de cet essai. Il a su m'accompagner et me faire cheminer tout au long de mon parcours avec intelligence, patience et dévouement.

Je tiens à offrir mes profonds remerciements à Annie Pineault qui m'a motivé à persévérer lors des moments difficiles. Elle a aussi largement contribué à la mise en forme de ce document. Annie, merci pour ta générosité, ta rigueur et la pertinence de tes commentaires.

Je désire aussi souligner le soutien et les encouragements de mes collègues de travail au département des Soins infirmiers du Cégep de Rivière-du-Loup. Un merci particulier à Diane April et Maria Morin pour l'intérêt que vous avez porté à ma démarche et pour vos commentaires constructifs.

Pour terminer, un merci sincère à Anne-Marie Bruson pour sa collaboration en tant qu'évaluatrice externe.

INTRODUCTION

L'enseignement au collégial des compétences nécessaires à la formation de futurs infirmiers et futures infirmières passe par plusieurs actions pédagogiques. Un des principaux enjeux du programme Soins infirmiers au collégial est d'enseigner à développer la pensée critique afin d'arriver à poser un jugement clinique sur les situations de soins. Au Cégep de Rivière-du-Loup, nous relevons des difficultés lorsque vient le temps, d'une part, d'enseigner la démarche scientifique menant au jugement clinique appelée démarche de soins, et d'autre part, de rendre cette démarche signifiante pour l'étudiant ou l'étudiante dans son cheminement vers une autonomie professionnelle.

Cette recherche porte sur l'enseignement du jugement clinique dans le programme Soins infirmiers au Cégep de Rivière-du-Loup. L'intérêt à analyser le matériel pédagogique utilisé pour l'enseignement du jugement clinique est venu de plusieurs commentaires et inquiétudes exprimés de la part des étudiants et étudiantes, mais aussi des enseignants et des enseignantes concernant la capacité à poser un jugement clinique.

Le premier chapitre de cet essai décrit la problématique initiale et précise le problème de recherche. La question qui en émerge est ainsi formulée : « Le matériel pédagogique utilisé pour effectuer la démarche de soins permet-il le développement du jugement clinique chez les étudiants et les étudiantes en Soins infirmiers du Cégep de Rivière-du-Loup ? ».

Le deuxième chapitre présente les assises théoriques retenues afin de constituer un cadre de référence. En première partie, nous y définissons ce qu'est le jugement clinique et les compétences qui y sont reliées en soins infirmiers. La démarche de soins et ses cinq étapes sont ensuite analysées pour identifier la place du jugement clinique dans le processus. En deuxième partie, nous présentons les différentes catégories de connaissances qui peuvent être enseignées et par quels moyens, selon la pédagogie cognitive, il devient possible de les enseigner à l'aide de stratégies d'apprentissage adaptées à chaque catégorie de connaissances. En troisième partie, nous avons retenu la stratégie d'enseignement explicite pour structurer la planification de l'enseignement du jugement clinique à l'aide de la démarche de soins. La stratégie d'enseignement explicite offre présentement les meilleures preuves d'efficacité auprès des étudiants et des étudiantes selon la pédagogie cognitive. En quatrième partie, pour avoir une vision plus large de la planification de l'enseignement, nous présentons le concept d'approche-programme. À partir de ce cadre de références, trois objectifs de recherche ont été fixés.

Le troisième chapitre présente la méthodologie utilisée pour cette recherche qualitative. Le projet d'essai porte sur l'analyse de matériel pédagogique selon le devis méthodologique de Paillé (2007). La phase méthodologique y est élaborée.

Le quatrième chapitre présente les données recueillies ainsi que l'analyse de ces données afin de répondre aux trois objectifs de recherche poursuivis. Dans un premier temps, le gabarit de la démarche de soins a été analysé en fonction des connaissances nécessaires à la réalisation de ses cinq étapes et les stratégies pédagogiques et stratégies cognitives planifiées ont été mises en relation avec ces connaissances afin de les analyser.

Dans un deuxième temps, l'alignement curriculaire et l'approche-programme ont fait l'objet d'une analyse, toujours en fonction de l'enseignement de la démarche de soins comme outil de développement du jugement clinique. Pour finir, le quatrième chapitre présente une proposition d'activités d'enseignement/apprentissage adoptant une stratégie d'enseignement explicite de la démarche de soins dans une perspective d'approche-programme.

En dernière partie, la conclusion présente un résumé de la recherche ainsi que les retombées possibles et les perspectives d'avenir pour l'enseignement du jugement clinique au Cégep de Rivière-du-Loup.

PREMIER CHAPITRE :

LA PROBLÉMATIQUE

Dans ce premier chapitre, nous présenterons le contexte de la recherche qui permet de comprendre l'émergence d'une problématique en lien avec le développement du jugement clinique. Nous présenterons ensuite le problème de recherche qui expose précisément les difficultés rencontrées dans le processus de consolidation du jugement clinique par les étudiants et les étudiantes. Finalement, nous terminerons ce premier chapitre en énonçant la question de recherche.

1. LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Le contexte de la recherche est expliqué en deux volets. Le premier volet concerne les exigences de la formation infirmière au collégial et l'utilisation de la démarche de soins comme outil de développement du jugement clinique. Le deuxième volet explique l'étalement de l'enseignement de la démarche de soins au Cégep de Rivière-du-Loup à travers les six sessions du programme.

1.1 Les exigences de la formation infirmière et la démarche de soins comme structure d'analyse

À la section VIII de la Loi sur les infirmières et les infirmiers du Gouvernement du Québec, l'article 36 définit l'exercice de la profession infirmière de la façon suivante :

L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitement infirmiers, à

prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs (2016, p. 8).

En accord avec cette définition de l'exercice professionnel infirmier, le programme d'études techniques Soins infirmiers du Cégep de Rivière-du-Loup (Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport, 2013, p. 3) regroupe des compétences spécifiques à développer. Ces compétences spécifiques exigent, entre autres, d'effectuer une analyse individualisée de la situation pour chaque personne soignée. La liste de toutes les compétences du programme est placée à l'annexe A. Ces compétences sont principalement : interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier (compétence 01Q8), établir des liens entre la pharmacothérapie et une situation clinique (compétence 01Q9) ainsi que six autres compétences qui demandent d'« intervenir auprès de [différentes clientèles] » (compétences 01QE, 01QH, 01QJ, 01QK, 01QL et 01QM).

Le développement de ces compétences demande à l'étudiant ou l'étudiante d'utiliser les connaissances déclaratives et procédurales acquises durant les cours du programme Soins infirmiers et de développer des connaissances conditionnelles lors de situations cliniques individualisées afin de poser un jugement clinique et de réaliser ce que la profession exige de l'infirmier ou de l'infirmière. Afin d'arriver à effectuer cette analyse individualisée de la situation de soins pour chaque personne soignée, le département des Soins infirmiers du Cégep de Rivière-du-Loup utilise, comme structure

d'analyse, la démarche de soins. Selon Paquette-Desjardins, Sauvé et Pugnaire-Gros (2015), la démarche de soins se définit comme :

[...] un processus scientifique qui vise à améliorer la rigueur de la pensée, le raisonnement, la pensée critique et le jugement clinique face à une situation de santé (Lefebvre et Dupuis, 1993, dans Fecteau, 2007). Elle est applicable en tout temps, dans tous les contextes de soins infirmiers. Ce processus interactif s'applique du premier contact que l'on établit avec la personne/famille de façon continue jusqu'à la fin des services infirmiers offerts. (p. 12)

La démarche de soins, est constituée de cinq étapes :

1. Collecte de données ;
2. Analyse et interprétation des données ;
3. Planification des soins ;
4. Exécution des interventions ;
5. Évaluation des résultats.

Toujours selon Paquette-Desjardins *et al.* (2015, p. 14), « la démarche de soins est un cheminement, une progression qui requiert des ajustements continuels en réponse à une situation clinique en mouvements constants ». Ces cinq étapes sont en lien direct avec ce que l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers du Gouvernement du Québec (2016a, p. 8) dicte pour la profession. Ainsi, les deux premières étapes de la démarche de soins serviront à « évaluer l'état de santé », les étapes 3 et 4 permettront de « déterminer le plan de soins et de traitement infirmiers » et l'étape 5 permettra d'évaluer, au fur et à mesure, l'évolution de la situation de santé, et d'ajuster le plan de soins et de traitement infirmiers (PSTI). Ces cinq étapes se réaliseront de façon circulaire, dans un processus continu.

1.2 L'enseignement de la démarche de soins au Cégep de Rivière-du-Loup

À chacune des cinq étapes de la démarche de soins, un gabarit local est utilisé au Cégep de Rivière-du-Loup afin de structurer l'analyse d'une situation et ainsi guider l'étudiant ou l'étudiante vers l'exercice de son jugement clinique. Bien que les cinq étapes soient présentées dès la première session, seulement les deux premières étapes : 1. *Collecte des données* et 2. *Analyse et interprétation* font l'objet d'un enseignement formel et sont appliquées à la deuxième session. Ce choix a été fait car il a été jugé que les étudiants et les étudiantes ne possèdent pas suffisamment de connaissances à ce stade pour effectuer les autres étapes. Toutefois, en stage, les étudiants et les étudiantes se doivent de planifier des soins et traitements infirmiers et de les réaliser, mais on ne leur demande pas d'en rendre compte par écrit, dans les étapes 3. *Planification des soins* et 4. *Exécution des interventions de la démarche de soins*. Cette planification se verra à travers un document appelé « feuille d'attribution » (annexe B) qui représente un plan de travail individualisé pour chaque personne soignée, à chaque journée de travail. L'enseignement formel de la démarche de soins est poursuivi en troisième session pour les étapes 3. *Planification de soins* et 4. *Exécution des interventions*, et en cinquième session pour la cinquième étape de la démarche : 5. *Évaluation des résultats*. Nous présentons à l'annexe C le gabarit de la démarche de soins que nous utilisons au Cégep de Rivière-du-Loup pour effectuer les cinq étapes.

Les enseignements formels de la démarche de soins se font, de la première à la cinquième session, lors de périodes précédant les stages. La démarche de soins est alors contextualisée en utilisant des mises en situation où les étudiants et les étudiantes doivent

utiliser le gabarit de la démarche afin d'effectuer les étapes et de poser un jugement clinique. Les stages débutent dans les semaines suivantes. Dès lors, chaque semaine, l'étudiant ou l'étudiante doit effectuer une démarche de soins sur la situation clinique de la personne soignée. La démarche est effectuée partiellement ou complètement selon la session du programme, tel que vu précédemment. La démarche de soins tient lieu de rapport de stage. Elle témoigne de la compréhension de la situation de soins rencontrée en stage et permet de justifier par écrit les décisions qui ont orienté le choix des soins prodigués ainsi que le suivi qui a été assuré en fonction des besoins identifiés et des objectifs fixés par l'étudiant ou l'étudiante avec la personne soignée et sa famille. Il est à noter qu'en sixième session, l'étudiant ou l'étudiante effectue aussi des stages, mais il ou elle n'utilise plus le gabarit de la démarche de soins comme rapport de stage. La démarche est considérée comme étant intégrée aux compétences développées durant les trois années de formation et le gabarit n'est plus utilisé comme outil guidant la réflexion et le jugement clinique. Le processus doit s'effectuer mentalement à ce stade de la formation.

2. LE PROBLÈME DE RECHERCHE

Nous savons maintenant que le Cégep de Rivière-du-Loup utilise un gabarit de démarche de soins constitué de cinq étapes et que ce gabarit permet à l'étudiant ou l'étudiante de structurer ses réflexions et son analyse pour en arriver à poser un jugement clinique face à une situation de soins vécue par une personne soignée. Nous connaissons aussi l'étalement de l'enseignement de ces cinq étapes durant la formation, de la première session à la cinquième session du programme. Nous avons aussi une idée du rôle des stages dans l'apprentissage du jugement clinique. Toutefois, certaines difficultés sont

relevées quant à l'enseignement et l'utilisation de ce gabarit. Nous verrons premièrement, dans cette section, les difficultés rencontrées face à l'utilisation du gabarit de la démarche de soins à travers les cinq premières sessions de la formation et deuxièmement, les difficultés relevées face au développement de compétences nécessitant la formulation d'un jugement clinique.

2.1 Les difficultés vécues en lien avec la démarche de soins au Cégep de Rivière-du-Loup

2.1.1 La forme du gabarit et le rapport des étudiants et des étudiantes avec ce dernier

Les cinq étapes de la démarche de soins utilisées au Cégep de Rivière-du-Loup ont pour objectif de permettre à l'infirmier ou l'infirmière, selon Paquette-Desjardins *et al.* (2015, p. 14), « d'évaluer une situation clinique de façon organisée et méthodique, en collectant des données pour les analyser, les interpréter et émettre ses constats d'évaluation ». À travers cette démarche, on y définit les constats d'évaluation comme une « formulation du jugement clinique posé par l'infirmière sur la situation de santé du client ou un aspect particulier de celle-ci » (*Ibid.*).

Le gabarit de la démarche de soins utilisé au Cégep de Rivière-du-Loup a été conçu par un groupe d'enseignantes en 2009 à l'aide d'un manuel scolaire *Modèle conceptuel et démarche clinique* de Paquette-Desjardins et Sauvé (2008). Ce gabarit compte huit pages incluant les cinq étapes de la démarche de soins ainsi qu'un guide d'aide à la rédaction comptant trois pages supplémentaires. En 2015, le manuel scolaire de Paquette-Desjardins *et al.* a été réédité et présente un exemple de gabarit des cinq étapes de la démarche de soins tenant maintenant sur deux pages. Le gabarit utilisé au

Cégep de Rivière-du-Loup contient-il des répétitions et une perte de synthèse qui introduit une certaine confusion chez l'étudiant ou l'étudiante ? Suite à cette interrogation, un comité pédagogique formé d'enseignantes du département des Soins infirmiers a été formé pour se pencher sur des modifications possibles au gabarit actuel (Département des Soins infirmiers, 2015a).

Dans un procès-verbal d'assemblée départementale des Soins infirmiers (Département des Soins infirmiers, 2015b), il est noté que le fait d'enseigner la démarche de soins de façon morcelée durant les deux premières années de la formation soulève plusieurs interrogations sur la compréhension que l'étudiant ou l'étudiante s'en fait lors de son utilisation. Les enseignants et enseignantes soulignent que les étudiants et les étudiantes de première année se questionnent sur l'utilité de cette démarche de soins lorsqu'elle est complétée seulement jusqu'à l'étape 2 ou 3 et présentent une démotivation à l'utiliser puisque son utilité n'est pas reconnue de leur part.

La forme du gabarit et l'étalement de l'enseignement de la démarche de soins soulèvent dès lors, des interrogations. Est-ce que le doute formulé quant à son utilité et sa pertinence pour analyser une situation de soins et formuler un jugement clinique est justifié par sa forme tenant sur huit pages ? Est-ce le fait que son enseignement et son utilisation soient morcelés sur deux ans ? Ou les deux à la fois ?

2.1.2 Les erreurs fréquentes lors de l'utilisation du gabarit

Lors de l'utilisation du gabarit de la démarche de soins guidant la formulation du jugement clinique au Cégep de Rivière-du-Loup, il ressort certains malaises lors de la

rétroaction des évaluations formatives et sommatives de la part des enseignants et des enseignantes. Lors d'une assemblée départementale, les enseignants et enseignantes ont senti le besoin d'organiser une séance de correction collective avec un exemple commun de démarche de soins afin de faire ressortir les difficultés fréquemment rencontrées (Département des Soins infirmiers, 2016). Certains ou certaines soulignent avoir observé que les cinq étapes de la démarche de soins sont mal comprises par les étudiants ou les étudiantes. Que ceux-ci ou celles-ci n'en comprennent pas l'utilité ni la pertinence dans leur analyse menant au jugement clinique et qu'ils ou elles expriment le sentiment d'effectuer la démarche de façon répétitive sans parvenir à en retirer une utilité pour les soins donnés aux personnes soignées. Il a aussi été observé à maintes reprises par les enseignants et les enseignantes, lors de la correction des travaux de stage, des incohérences entre les différentes étapes de la démarche de soins. Il apparaît que l'étudiant ou l'étudiante tend à morceler les étapes et ne fait pas toujours de lien entre elles. Principalement entre l'étape 2. *Analyse et interprétation des données* où l'on demande à l'étudiant ou l'étudiante d'identifier un problème prioritaire chez la personne soignée et l'étape 3. *Planification des soins*, où il est demandé de formuler un objectif de soins. Souvent, il apparaît que l'objectif fixé n'est pas en lien avec le problème prioritaire identifié. L'outil pédagogique qu'est la démarche de soins perd alors tout son sens puisqu'il devrait servir à porter un jugement clinique à la fin d'une suite d'opérations logiquement reliées : cueillette de données sur la condition de santé de la personne, analyse de ces données pour dégager les problèmes de santé, choix de soins en fonction des problèmes identifiés et des objectifs fixés, réalisation des soins, évaluation des résultats de soins et ajustement au besoin.

Il ressort aussi dans cette assemblée départementale (*Ibid.*, 2016) que le vocabulaire utilisé n'est pas compris de la même façon pour tous et toutes tant du côté enseignant que du côté étudiant. Les termes « complications possibles » font l'objet de la principale confusion lors de l'évaluation des travaux de stage. Il est observé que les enseignants et les enseignantes n'utilisent pas tous et toutes les mêmes références bibliographiques pour s'appuyer lors des évaluations en ce qui a trait à la notion de « complications possibles ». Dans cette perspective, deux outils sont possiblement déficients : le guide de rédaction du gabarit de démarche de soins ou la grille d'évaluation formative et sommative utilisée en stage qui contient des critères sur la réalisation de la démarche de soin.

2.2 Le développement de compétences nécessitant la formulation d'un jugement clinique

2.2.1 L'examen professionnel

Pour évaluer les compétences du candidat et de la candidate à l'exercice de la profession infirmière, il est obligatoire de réussir l'examen professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Lorsqu'il est question de l'examen d'entrée à la profession, l'OIIQ explique : « Cet examen vise à évaluer si vous possédez les connaissances, les habiletés et le jugement nécessaires pour résoudre des situations cliniques semblables à celles qui se présentent dans la pratique infirmière », (OIIQ, 2016). Au Cégep de Rivière-du-Loup, le département des Soins infirmiers s'est questionné sur les moyens de favoriser le développement des habiletés de jugement clinique suite à deux cohortes d'étudiants et d'étudiantes ayant eu des performances à l'examen de l'OIIQ sous

la barre des 60 %, en 2011 et 2014. En identifiant la démarche de soins comme premier outil d'exercice du jugement clinique dans l'enseignement des soins infirmiers au Cégep de Rivière-du-Loup, le département s'est préoccupé, à maintes reprises lors d'assemblées départementales, des moyens à mettre en place pour améliorer son développement depuis 2011.

L'OIIQ publie, de façon bisannuelle, une *Rétroaction qualitative collective sur les résultats de l'examen professionnel*. Dans ce document de mars 2015, on y relève certaines difficultés éprouvées par les candidates et candidats quant à la capacité de formuler un jugement clinique. Ces difficultés sont observées lorsqu'il est question de a) formuler un constat d'évaluation précis qui reflète l'analyse de la situation clinique et permet une intervention ciblée, b) établir les priorités des activités de soins à dispenser à différents clients hospitalisés, c) justifier ses décisions cliniques en s'appuyant sur des considérations scientifiques pertinentes dans différentes situations. Ces difficultés sont en lien direct avec les étapes 2. *Analyse et interprétation des données* et 3. *Planification des soins*. Bien que cette rétroaction soit collective, il n'en demeure pas moins qu'elle reflète une réalité quant aux difficultés rencontrées lors de la formulation d'un jugement clinique que l'on se doit de prendre en considération dans l'enseignement des soins infirmiers.

2.2.2 *Le sondage auprès des finissants et finissantes*

Un sondage effectué en avril 2015 auprès des étudiants finissants et des étudiantes finissantes du programme Soins infirmiers du Cégep de Rivière-du-Loup fait ressortir des éléments qui expriment des difficultés de la part des étudiants et étudiantes lorsqu'on leur

demande de poser un jugement clinique. En réponse à la question : « Quels seraient les points à améliorer pour votre préparation à l'examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ? », on retrouve comme élément de réponse le « jugement clinique ». À la question « Quels sont les éléments de la formation à bonifier pour mieux préparer les étudiants et étudiantes à l'examen professionnel de l'OIIQ ? », il ressort les « activités favorisant le jugement critique » et aussi l'énoncé suivant : « Les examens et travaux sont utiles pour favoriser les apprentissages » obtient une mention « moyennement » comme résultat. À la lumière de ce sondage, bien que les éléments de réponse présentés ne soient pas exhaustifs, il apparaît que les étudiants et étudiantes demeurent préoccupés par la formulation du jugement clinique même à la dernière année de leur formation.

En résumé, le problème que nous soulevons prend naissance dans la forme et l'utilisation du gabarit de démarche de soins mis en place au Cégep de Rivière-du-Loup comme outil de développement du jugement clinique. Il apparaît primordial de s'assurer que le gabarit proposé pour guider la démarche de soins et parvenir à formuler un jugement clinique est significatif pour l'étudiant ou l'étudiante et qu'il est utilisé dans des contextes où il favorise le développement de connaissances conditionnelles. La solution que nous proposons à ce problème est d'analyser ce gabarit de démarche de soins et son utilisation à travers la formation infirmière afin d'identifier ses forces et ses faiblesses et proposer des modifications si nécessaires. C'est à partir de cette proposition que nous avons élaboré la question de recherche à la section suivante.

3. LA QUESTION DE RECHERCHE

Dans cette section, nous présentons la question de recherche.

3.1 La question de recherche

La question de recherche interroge le matériel pédagogique pertinent à l'enseignement de la démarche de soins pour favoriser le développement du jugement clinique. Dès lors, la question de recherche sera :

« Le matériel pédagogique utilisé lors de l'enseignement/apprentissage de la démarche de soins permet-il le développement du jugement clinique chez les étudiants et les étudiantes en Soins infirmiers du Cégep de Rivière-du-Loup ? ».

Le deuxième chapitre présente les assises théoriques qui permettront d'analyser les documents utilisés pour l'enseignement/apprentissage du jugement clinique au Cégep de Rivière-du-Loup.

DEUXIÈME CHAPITRE :

LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Dans ce chapitre, nous expliquerons en premier lieu ce qu'est le jugement clinique en soins infirmiers. Nous établirons aussi quelles sont les différentes catégories de connaissances reconnues en pédagogie et nous ferons la distinction entre stratégies d'apprentissage et stratégies cognitives, afin d'identifier quelles stratégies sont les plus favorables à l'apprentissage de chaque catégorie de connaissance.

En second lieu nous identifierons, en regard de la recherche en science de l'éducation, les stratégies d'enseignement les plus efficaces pour favoriser le développement des connaissances.

En troisième lieu, nous déterminerons quelles sont les conditions qui doivent influencer la planification de l'enseignement de la démarche de soins dans une perspective d'approche-programme afin d'analyser le dispositif de la séquence enseignement/apprentissage établi au Cégep de Rivière-du-Loup.

Sur ces assises théoriques, nous avons élaboré des grilles d'analyse afin d'évaluer dans quelle mesure l'outil pédagogique qu'est le gabarit de démarche de soins utilisé au Cégep de Rivière-du-Loup permet de développer le jugement clinique et dans quels contextes il est approprié de l'utiliser afin de répondre aux besoins d'apprentissage des étudiants et des étudiantes. L'analyse est présentée au quatrième chapitre.

1. LE PROCESSUS POUR POSER UN JUGEMENT CLINIQUE

1.1 La définition du jugement clinique

Tout d'abord, Tanner (2006, dans Chapados, Audétat et Laurin, 2014, p. 38) note que l'utilisation dans la littérature scientifique en soins infirmiers des termes raisonnement clinique, jugement clinique, résolution de problème, processus décisionnel et pensée critique ont tendance à être utilisés de façon interchangeable. Il définit le raisonnement clinique comme un « processus par lequel les infirmières et les autres cliniciens portent des jugements ». Phaneuf (2008, p. 1) de son côté, écrit que « le jugement clinique est une idée, une opinion claire que l'infirmière se fait à la suite d'un processus d'observation, de réflexion et de raisonnement sur les données observées ».

Elle explique que le développement du jugement clinique passe par :

« [...] un apprentissage approprié, fondé sur une observation judicieuse du malade et sur l'analyse rigoureuse des données qui sont pertinentes au problème. Cette étape est ensuite suivie d'un raisonnement bien étayé par ces éléments d'observation, par des liens avec les connaissances théoriques et les savoirs d'expérience qui ont été acquis sur le sujet. La pensée critique de l'infirmière lui permet ensuite d'évaluer la justesse de ce raisonnement et d'en peser le « pour » et le « contre ». C'est ce qui permet d'en arriver à se donner une interprétation logique de ce qui se passe, de parvenir à prendre les décisions qui s'imposent dans la situation et d'en apprécier la pertinence ». (*Ibid.*, p. 8)

Ce processus est effectué, au Cégep de Rivière-du-Loup, à travers la démarche de soins présentée à l'annexe C tel que vu précédemment au premier chapitre. La figure 1 illustre les cinq étapes de la démarche de soins.

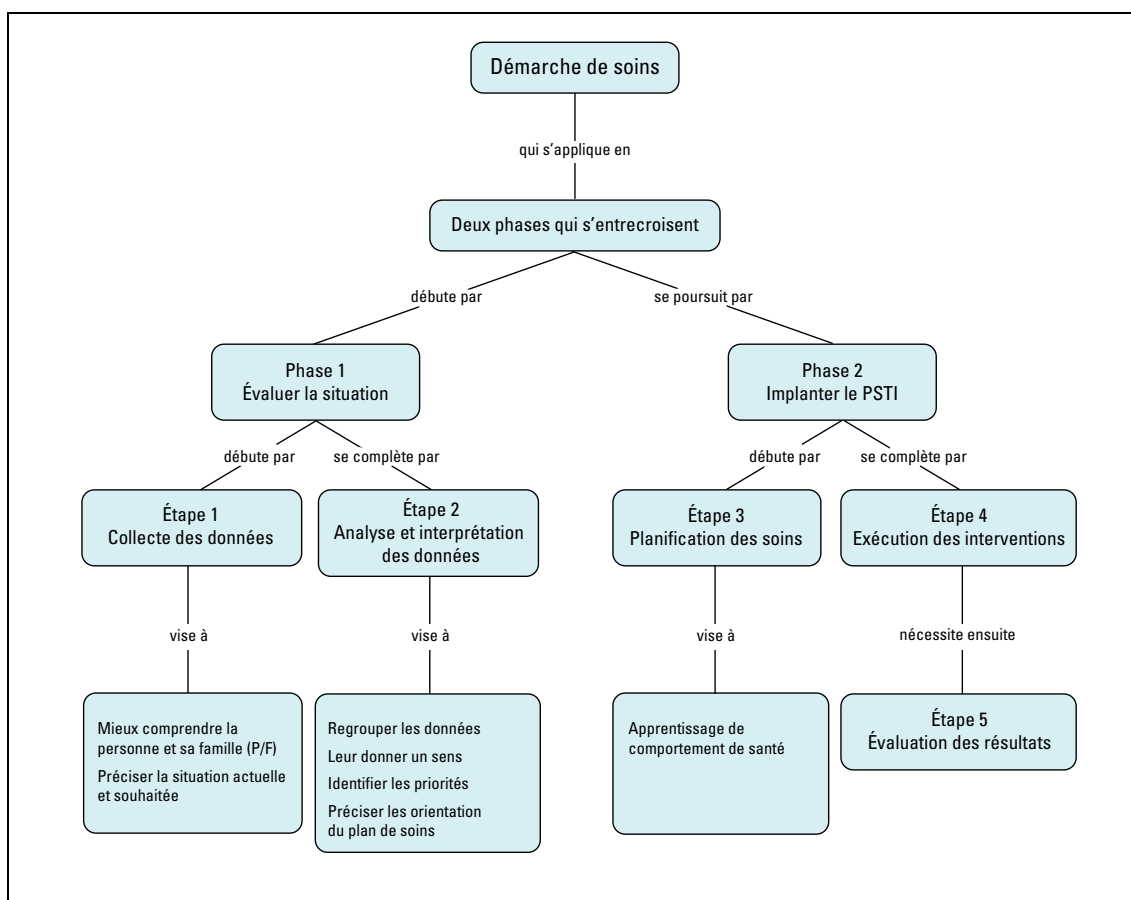


Figure 1. Les cinq étapes de la démarche de soins
Adaptation de : Paquette-Desjardins, Sauvé et Pugnaire-Gros (2015).
Modèle McGill – Une approche collaborative en soins infirmiers.
Montréal : Chenelière éducation.

Le jugement clinique doit être en constante adaptation face à l'évolution clinique de la personne soignée. Ainsi, le processus de démarche de soins n'est pas linéaire. L'infirmier ou l'infirmière doit procéder, au fur et à mesure de l'évolution de la situation de soins, à une démarche d'analyse et d'interprétation continue. L'exercice du jugement clinique se traduit par une évaluation de la situation clinique, dans un processus circulaire, incontournable dans la prise de décision et d'ajustement de soins comme le précisent Paquette-Desjardins *et al.* (*Ibid.*, p. 14). Dans la perspective d'un processus circulaire,

l'étape d'évaluation renvoie à l'étape de collecte de données en cours d'évolution pour recommencer le processus réflexif et ajuster, de façon continue, son jugement clinique.

1.2 Le lien entre les composantes du jugement clinique et les compétences en soins infirmiers

Dans le programme Soins infirmiers au collégial, il existe six compétences dites « intervenir » qui doivent être développées durant la formation. Ces six compétences « intervenir » se développent principalement en stage et représentent 45 % des heures contacts que constituent les stages du programme. Les 55 % additionnels étant des heures consacrées à l'enseignement théorique et aux laboratoires. Ces différentes compétences se distinguent entre elles par la clientèle auprès de laquelle l'étudiant ou l'étudiante doit intervenir. Les voici :

1. Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisées requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie (compétence 01QE) ;
2. Intervenir auprès d'une clientèle requérant des soins infirmiers en périnatalité (compétence 01QH) ;
3. Intervenir auprès d'enfants ainsi que d'adolescentes et adolescents requérant des soins infirmiers (compétence 01QJ) ;
4. Intervenir auprès de personnes recevant des soins infirmiers en médecine et en chirurgie dans des services ambulatoires (compétence 01QK) ;
5. Intervenir auprès de personnes requérant des soins infirmiers en santé mentale (compétence 01QL) ;

6. Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement (compétence 01QM).

Rappelons que ces compétences « intervenir auprès » des différentes clientèles du programme Soins infirmiers exigent de l'étudiant et de l'étudiante d'exercer constamment le processus de jugement clinique et de procéder à l'ajustement des décisions qui en découlent pour être en mesure d'assurer des soins adaptés à chaque personne. À chaque étape de la démarche de soins correspondent un ou plusieurs éléments de la compétence à développer.

Tanner (2006, dans Deschênes, Fournier et St-Julien, 2016, p. 14) quant à lui, explique que le jugement clinique implique un « processus de traitement des informations, de formulation d'hypothèses, d'activités cliniques subséquentes et de réflexion dans l'action ». Cette description s'insère aussi dans les cinq étapes de la démarche de soins présentée à la figure 1. Dans le tableau 1, nous avons comparé les différents éléments de la démarche de soins de Paquette-Desjardins *et al.* (2015), les éléments de compétences *intervenir* du programme Soins infirmiers et le modèle de jugement clinique de Tanner (2008, dans Deschênes *et al.*, 2016) ainsi que celui de Phaneuf (2008).

Tableau 1
Éléments de compétence à développer en lien avec les étapes de la démarche de soins

PHASE 1			PHASE 2		
Étapes de la démarche de soins :	ÉTAPE 1 : Collecte de données	ÉTAPE 2 : Analyse et interprétation	ÉTAPE 3 : Planification des soins	ÉTAPE 4 : Exécution des interventions	ÉTAPE 5 : Évaluation des résultats
Éléments de compétence pour toutes les compétences dites « intervenir auprès de... »	S'informer en vue d'assurer la continuité de soins Effectuer l'évaluation initiale de la personne ou l'évaluation en cours d'évolution	Assurer une surveillance clinique Dégager les besoins de soins	Déterminer le plan thérapeutique infirmier (PTI) Déterminer le plan de soins et de traitement infirmier (PSTI) Planifier la réalisation du PTI et du PSTI	Effectuer les interventions Administrarer les médicaments	Évaluer les interventions et les résultats de soins Assurer la continuité des soins et le suivi
Processus du jugement clinique retenu par Tanner (2006, dans Deschênes, Fournier et St-Julien, 2016)	Traitement de l'information	Traitement de l'information Et Formulation d'hypothèses	Activités cliniques		Réflexion dans l'action
Processus du jugement clinique Phaneuf (2008)	Observation judicieuse du malade	Analyse rigoureuse des données Interpréter ce qui se passe	Prendre les décisions qui s'imposent		Apprécier la pertinence des décisions
	Raisonnement étayé à partir de : Éléments d'observation Liens avec les connaissances théoriques Savoirs d'expérience				

Le tableau 1 démontre un processus dynamique par lequel l'étudiante ou l'étudiant est amené à préciser les liens qui unissent ses connaissances et ses décisions face à une situation de soins. Ce processus illustre la démarche menant au jugement clinique. Il

débute tout d'abord par la collecte de données. Phaneuf (2008) nous parle d'observation judicieuse du malade tandis Tanner (2006, dans Deschênes *et al.*, 2016) parle de traitement de l'information. Les éléments de compétence du programme Soins infirmiers, pour cette étape de la démarche de soins, demandent à l'étudiant ou l'étudiante d'« effectuer l'évaluation initiale de la personne ou l'évaluation en cours d'évolution » et de « s'informer en vue d'assurer la continuité des soins ». C'est en collectant les données que le processus débute. C'est-à-dire, en recueillant, à travers les différentes sources d'information telles le dossier médical et l'examen physique, les données sur la situation actuelle. L'information recueillie servira à dresser un portrait de la situation de santé de la personne.

Par la suite viennent les étapes d'analyse et d'interprétation. Les données recueillies seront analysées en s'appuyant sur les connaissances théoriques afin de discriminer ce qui est normal de ce qui est anormal. Il sera ensuite possible d'interpréter les éléments pertinents retenus suite à cette analyse et d'établir les éléments de surveillance clinique correspondant au troisième élément de compétence « intervenir » du tableau 1. C'est aussi en interprétant les données pertinentes recueillies qu'il sera possible d'en « dégager les besoins de soins » : quatrième élément de compétence du tableau 1. L'interprétation se fera à travers la formulation d'hypothèses et la validation ou non de ces dernières pour en arriver à interpréter judicieusement ce qui se passe dans la situation actuelle et en dégager les besoins pertinents et prioritaires. Il va sans dire, tel que le présente Phaneuf (2008), que tout le processus de raisonnement s'appuiera sur les

éléments d'observation, mais aussi, sur les liens avec les connaissances théoriques développées en classe et les savoirs d'expérience développés au fur et à mesure des stages.

C'est à la suite de ce processus appelé *Phase 1* qu'il est possible d'arriver à un constat d'évaluation. Ce constat d'évaluation représente la formulation du jugement clinique. Il sera expliqué à la section suivante. À la *Phase 2*, illustrée au tableau 1, les éléments de compétence à développer découlent des besoins ciblés lors de l'interprétation des données reliée à l'élément de compétence 4. *Dégager les besoins de soins*. L'étape 3. *Planification des soins* de la démarche de soins quant à elle, initie la *Phase 2* et nécessitera de prendre les décisions qui s'imposent (Phaneuf 2008), en développant les éléments de compétence 5. *Déterminer le plan thérapeutique infirmier* et 6. *Déterminer le plan de soins et de traitements infirmiers*. Ces éléments exprimeront les décisions de soins prises en lien avec l'interprétation des données recueillies et des besoins identifiés précédemment lors de la *Phase 1*. L'élément de compétence 7. *Planifier la réalisation du PTI et du PSTI* complète l'étape 3. *Planification des soins* et prépare à l'étape 4. *Exécution des interventions* de la démarche de soins.

Suite à cette planification, il sera possible de procéder aux activités cliniques correspondant aux éléments de compétences 8. *Effectuer les interventions* et 9. *Administrer les médicaments*. Encore une fois, lors de ces étapes de la démarche de soins, il faudra s'appuyer sur les connaissances théoriques ainsi que sur les connaissances des différentes méthodes de soins afin de déterminer adéquatement ce qui est pertinent à la situation et d'être en mesure de le mettre en application.

Le jugement clinique sera sollicité à la fin du processus de la *Phase 2* lors de l'étape 5. *Évaluation des résultats* correspondant aux éléments de compétence 10. *Évaluer les interventions et les résultats de soins* et 11. *Assurer la continuité des soins et le suivi*. Pour réaliser cette dernière étape, il faudra effectuer une réflexion dans l'action comme nous le précise Tanner (2006, dans Deschênes *et al.*, 2016). C'est-à-dire qu'en effectuant les interventions et les soins planifiés, une collecte de données constante de l'évolution de la situation nous mènera à porter un jugement sur les décisions prises et les résultats qui en découlent afin d'apprécier la pertinence des décisions (Phaneuf, 2008) et ainsi, d'assurer un suivi et d'ajuster les interventions en conséquence. Cette cinquième étape de la démarche de soins *évaluation des résultats*, nous renvoie aux deux premières étapes : *collecte de données* et *analyse et interprétation*, dans un processus circulaire en constante évolution.

La section suivante présente les liens entre la démarche de soins et les concepts de jugement clinique et de constat d'évaluation.

1.3 Le jugement clinique et le constat d'évaluation à travers les étapes de la démarche de soins

1.3.1 Le jugement clinique menant au constat d'évaluation

Paquette-Desjardins *et al.* (2015, p. 76) définissent la formulation du jugement clinique posé par l'infirmier ou l'infirmière comme la conclusion de l'évaluation qu'elles appellent « constat d'évaluation ». Ce constat d'évaluation correspond au résultat d'analyse et d'interprétation des données réalisées à la *Phase 1* de la démarche de soins

illustrée à la figure 1 et comprend les deux premières étapes de la démarche de soins. Le constat d'évaluation est défini alors comme la « formulation du jugement professionnel que l'infirmière porte sur la situation de santé ou sur un aspect particulier de celle-ci ». Il serait toutefois réducteur de considérer l'exercice du jugement clinique comme étant une simple portion du processus de démarche de soins puisque chaque étape, comme expliquée précédemment, s'inscrit dans un processus circulaire en constante évolution et en interdépendance. En reprenant la définition de « constat d'évaluation », Lafortune (2008, p. 14) souligne les éléments qui caractérisent le jugement professionnel tels que a) communiquer et expliquer sa pensée, b) recevoir la critique, c) accepter le regard de l'autre, d) prendre des risques, e) examiner un problème dans son ensemble et dans sa complexité, f) démontrer de la créativité, g) analyser une situation et synthétiser des informations, h) démontrer une autonomie de pensée, i) démontrer un sens éthique, j) être engagée dans une pratique réflexive. Dans le contexte qui nous occupe, nous pouvons affirmer que l'exercice du jugement clinique représente un des nombreux aspects qu'englobe le jugement professionnel auquel font référence Paquette-Desjardins *et al.* (2015).

À la lumière de ces concepts, nous pouvons dire que le jugement clinique s'exerce de façon cruciale à travers les deux premières étapes de la démarche de soins : *la collecte de données* et *l'analyse et l'interprétation*. C'est au terme de l'étape du processus d'analyse et d'interprétation que l'infirmier ou l'infirmière exercera son autonomie professionnelle et prendra les décisions de soins, à l'intérieur des balises légales de la profession infirmière, guidées par le résultat de son jugement clinique : le constat

d'évaluation. Les étapes subséquentes de la démarche solliciteront aussi le jugement professionnel de l'étudiant et de l'étudiante, mais le processus sera constamment renvoyé aux étapes recueillant de nouvelles données afin de les analyser et les interpréter pour arriver à un nouveau constat de la situation de soins en évolution.

1.3.2 *La réalisation des deux premières étapes de la démarche de soins*

Définissons maintenant ce que représentent ces deux premières étapes : *la collecte des données* et *l'analyse et interprétation*. La collecte de données dresse un portrait de la situation actuelle en y regroupant les éléments suivants : la situation de santé et les habitudes de vie, les impacts physiques, psychoaffectifs, familiaux et environnementaux ainsi que le *coping*, en regard des forces, des croyances et de la motivation de la personne à participer à ses soins. Le *coping* (du verbe anglais *to cope*) est vu ici comme l'ensemble des efforts et des moyens choisis et mis en place pour faire face à un événement. On pourrait traduire *to cope* en français par l'expression « faire face » ou « surmonter » une situation. La collecte de données sera constituée de données objectives, telles que des données faisant état de résultats d'examens physiques ou diagnostiques et de données subjectives par exemple la perception qu'a la personne concernant la douleur ressentie.

Desjardins *et al.* (2016) suggèrent une méthode d'analyse et d'interprétation en classant les données recueillies en trois catégories : la situation de soins de santé (qu'est-ce qui se passe ?), les impacts vécus (qu'est-ce qui change le quotidien ?) et les stratégies de *coping* (qu'est-ce que la personne /famille [P/F] a fait pour faire face à la situation ?). L'étape suivante est d'établir la situation souhaitée par l'infirmière et la P/F. Un écart

entre la situation actuelle et la situation souhaitée sera ensuite observé pour en dégager des besoins ou problèmes à résoudre. Ces besoins/problèmes seront identifiés en émettant des hypothèses afin de trouver une « explication plausible et crédible de ce qui entretient et nourrit le sentiment de besoin ou les problèmes reconnus » (*Ibid.*, p. 117). Bien que l'analyse et l'interprétation soient regroupées à la deuxième étape de la démarche de soins, nous sommes d'avis qu'elles méritent d'être définies de façon distincte pour être en mesure de poser par la suite un regard sur les opérations cognitives qu'elles requièrent. Selon le dictionnaire français *Petit Larousse illustré* (2017, p. 74) le terme *analyse* se définit comme « étude faite en vue de discerner les diverses parties d'un tout, de déterminer ou d'expliquer les rapports qu'elles entretiennent les unes avec les autres ». Quant à *interprétation*, on le définit comme « action d'interpréter, de donner un sens à quelque chose ». À la lumière de ces éléments, la figure 2 distingue l'analyse et l'interprétation en deux actions différenciées du processus de démarche de soins.

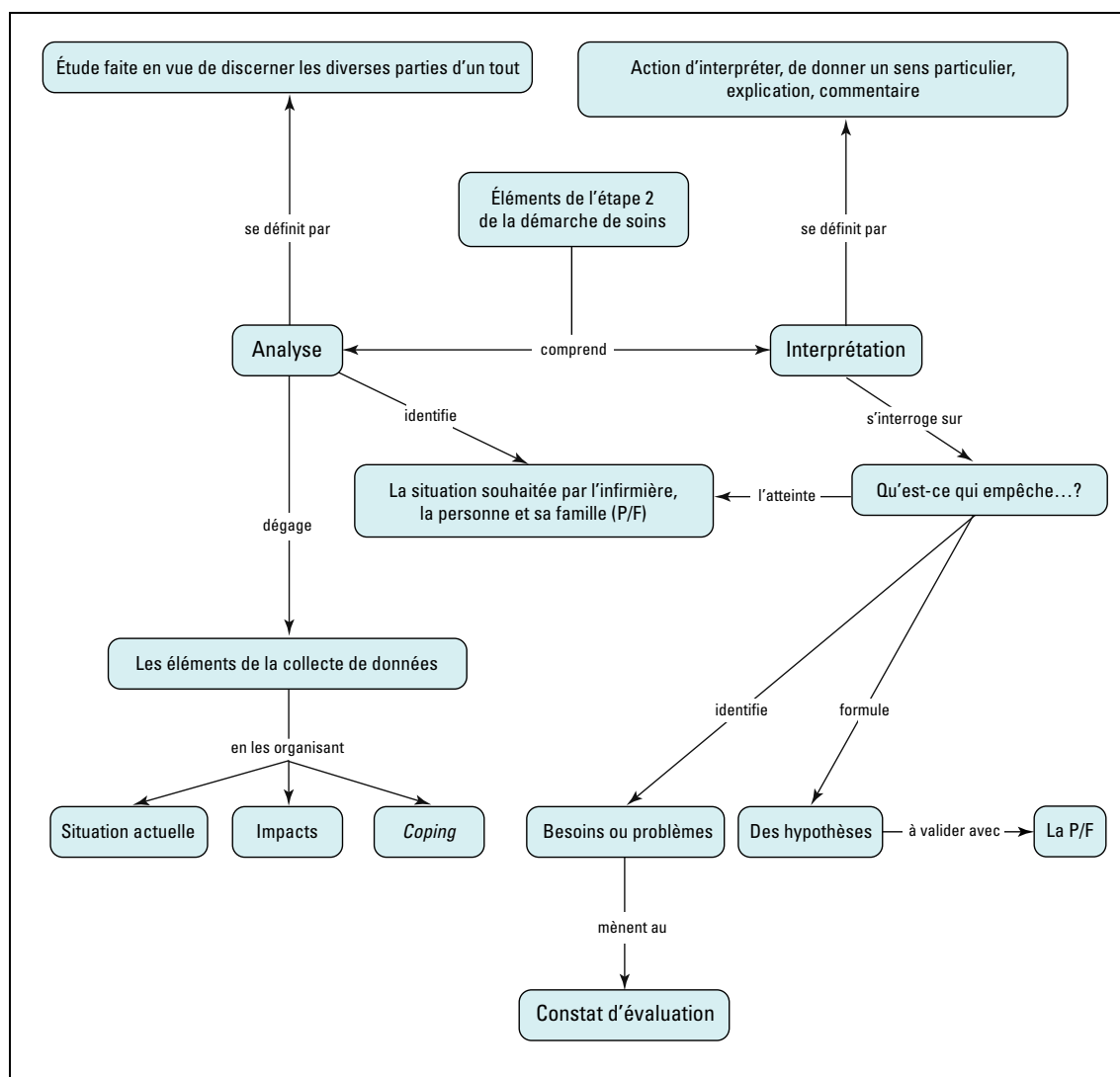


Figure 2. Distinction entre analyse et interprétation dans la démarche de soins

1.3.3 Un exemple concret de la réalisation des deux premières étapes de la démarche de soins

Donnons un exemple concret en soins infirmiers pour illustrer les étapes de la démarche de soins. Monsieur Lamarche, un homme de 64 ans souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est admis à l'unité de médecine pour des difficultés respiratoires liées à une infection. Il souffre aussi d'hypertension et de

diabète, qui sont contrôlés par de la médication. Il a déjà subi une chirurgie à l'âge de 14 ans pour une appendicite. Pour amorcer l'étape de collecte de données, nous devons tout d'abord procéder à l'anamnèse de la situation de santé de la personne soignée. C'est-à-dire, dresser un portrait des antécédents médicaux et familiaux de la personne ainsi que des problèmes de santé actuels ou en cours d'évolution. Les sources d'informations pouvant nous renseigner sur ces données sont : le dossier médical actuel et antérieur, la personne soignée et sa famille ou ses proches. Pour compléter l'étape de collecte de données, nous devons aussi procéder à l'examen physique de la personne et recueillir, par différentes méthodes d'évaluation, des données sur les signes vitaux ainsi que sur l'intégrité physique des systèmes mis en cause. Dans la situation actuelle, l'évaluation de la fonction respiratoire ainsi que l'évaluation de l'intégrité des membres inférieurs feront l'objet d'une attention particulière en lien avec l'atteinte possible de la microcirculation, principalement au niveau des pieds, reliée au diabète. Une mesure de la glycémie sera aussi effectuée afin de voir au contrôle de celle-ci. L'annexe E illustre les éléments de la collecte de données à recueillir.

Suite à la collecte de tous ces éléments, une analyse des données servira à déterminer ce qui est problématique de ce qui est normal à l'aide des connaissances théoriques. Les données retenues suite à l'analyse feront l'objet d'une interprétation en dégageant le/les besoins qui en découlent à travers la validation des hypothèses provoquant le/les besoins identifiés face à la situation. Dans l'exemple de Monsieur Lamarche, l'analyse des données recueillies nous indique des anormalités au niveau respiratoire et dans la capacité d'effectuer les activités de la vie quotidienne. Les

données reliées au diabète, quant à elles, démontrent une gestion adéquate de la maladie. En interprétant les données, il en ressort un manque de connaissances face aux moyens possibles pour Monsieur Lamarche de dégager ses voies respiratoires des sécrétions qui l'encombrent et conserver son énergie lors des tâches quotidiennes qu'il doit effectuer. L'annexe E illustre les éléments de l'analyse et d'interprétation de la situation de Monsieur Lamarche menant au constat d'évaluation. Les étapes de planification, de réalisation des soins et d'évaluation des résultats découleront de ce constat d'évaluation afin de pallier au besoin identifié.

Selon Lengendre (2005, p. 816), le jugement « se situe à la fin d'une série d'opérations devant conduire à la résolution d'un problème ». Ainsi pour résoudre ce problème, l'étudiante ou l'étudiant devra a) maîtriser le vocabulaire permettant de comprendre ce problème, b) comprendre les étapes des opérations en jeux pour, finalement, c) statuer sur les opérations conditionnelles les plus efficaces pour résoudre un problème. Ces trois moments font appel, dans l'ordre aux connaissances déclaratives (le vocabulaire), aux connaissances procédurales (les procédures) et conditionnelles (le choix de la procédure la plus efficace). Ainsi, pour arriver à réaliser le processus de raisonnement menant au constat d'évaluation, l'étudiant ou l'étudiante en Soins infirmiers doit mobiliser différentes catégories de connaissances afin de procéder aux étapes de collecte de données, d'analyse et d'interprétation. Nous présentons à la section deux les catégories de connaissances à distinguer dans l'apprentissage et l'enseignement.

2. LES LIENS ENTRE LES CATÉGORIES DE CONNAISSANCES, LES STRATÉGIES D'APPRENTISSAGE ET LES STRATÉGIES COGNITIVES

Cette section présente les différentes catégories de connaissances reconnues en pédagogie. Nous ferons tout d'abord un rappel sur le fonctionnement de la mémoire. Nous distinguerons ensuite ce que sont les stratégies d'apprentissage et les stratégies cognitives. Enfin, nous identifierons quelles stratégies cognitives permettent de développer et de maîtriser les différentes catégories de connaissances selon leurs caractéristiques. Nous serons ainsi en mesure d'identifier, pour notre analyse, quelles catégories de connaissances sont sollicitées à chacune des étapes de la démarche de soins et nous pourrons aussi identifier quelles stratégies cognitives sont pertinentes à utiliser afin de permettre l'enregistrement des différentes connaissances dans la mémoire à long terme.

2.1 Les catégories de connaissances et le fonctionnement de la mémoire

Barbeau, Montini et Roy (1997) expliquent que la pédagogie cognitive reconnaît trois catégories de connaissances : les connaissances déclaratives, les connaissances procédurales et les connaissances conditionnelles. Ils précisent que chaque catégorie de connaissances est apprise de façon différente et est représentée d'une façon précise dans la mémoire à long terme exigeant de ce fait, des stratégies d'apprentissage et d'enseignement particulières, adaptées à chaque catégorie.

Peu importe la catégorie de connaissance à développer, il faut d'abord se rappeler comment fonctionne la mémoire afin de développer des moyens d'enregistrer les connaissances dans la mémoire à long terme et être en mesure de réutiliser ces

connaissances dans le futur. Barbeau *et al.* (*Ibid.*) distinguent deux types de mémoire : la mémoire de travail aussi appelée mémoire à court terme et la mémoire à long terme. La mémoire de travail représente le lieu où l'information est manipulée, transformée et codée pour être ensuite transférée dans la mémoire à long terme. La mémoire de travail peut contenir 7 ± 2 unités d'information pour une période d'environ 10 secondes. Il faut dès lors lier ces nouveaux éléments d'information à quelque chose de concret pour les emmagasiner dans la mémoire à long terme. Autrement, la nouvelle information sera perdue. Cette liaison avec un élément concret donne une « clé » pour récupérer l'information dans la mémoire à long terme, mais l'on obtient une permanence dans la mémoire à long terme que si l'information est continuellement reprise durant l'activité d'apprentissage. L'enseignant ou l'enseignante se doit alors de présenter l'information de façon à permettre de l'élaborer, de l'organiser et de la coder pour accéder à la mémoire à long terme.

2.2 La distinction entre stratégies d'apprentissage et stratégies cognitives

Faisons maintenant une distinction entre les stratégies d'apprentissage et les stratégies cognitives. Bégin (2008) a identifié des facteurs de confusion dans la définition de stratégies d'apprentissage. Il nous propose cette définition :

[...] catégorie d'actions métacognitives ou cognitives utilisées dans une situation d'apprentissage, orientées dans un but de réalisation d'une tâche ou d'une activité scolaire servant à effectuer des opérations sur les connaissances en fonction d'objectifs précis. [...]. Interpréter les stratégies comme des catégories d'actions sert (aussi) à évoquer la nécessité qu'elles puissent s'opérationnaliser par plusieurs actions différentes. (p. 53) [...]. Parler de catégories d'action permet aussi d'introduire la notion d'objectifs précis, qui fait référence aux finalités recherchées par l'application des

stratégies. Les stratégies sont donc choisies en fonction des objectifs, c'est-à-dire que l'objectif détermine la stratégie, et que les actions ou procédures possibles rattachées à cette stratégie deviennent des moyens différents pour atteindre cet objectif. (p. 54)

Larue et Cossette (2005, p. 28) proposent, suite à l'étude de plusieurs auteurs, de définir les stratégies d'apprentissage comme « les pensées et comportements d'un étudiant engagé dans un apprentissage et qui, en utilisant des procédures ou des actions spécifiques, facilite son apprentissage et optimise sa performance ». Ils répertorient ensuite quatre catégories de stratégies d'apprentissage : les stratégies cognitives, les stratégies métacognitives, les stratégies affectives et les stratégies de gestion des ressources. Ces catégories peuvent être différenciées selon leur action directe ou indirecte sur la tâche à réaliser. Les stratégies directes de traitement de l'information « visent à traiter l'information de façon à ce qu'elle soit enregistrée en mémoire en vue d'une réactivation ultérieure. Elles forment la catégorie des stratégies cognitives », nous disent Larue et Cossette (*Ibid.*, p. 30). Ces stratégies cognitives servent au processus d'enregistrement des informations appelé encodage, au processus de conservation en mémoire appelé stockage et au processus de rappel de l'information selon les besoins qu'exige la situation appelée récupération. C'est donc dire qu'une stratégie cognitive utilise une stratégie d'apprentissage visant un objectif précis : traiter et emmagasiner une connaissance déclarative dans la mémoire à long terme.

2.3 Les stratégies cognitives pertinentes selon les catégories de connaissances

2.3.1 Les connaissances déclaratives

Voyons maintenant les différentes catégories de connaissances en fonction des stratégies cognitives pertinentes à leur traitement et à leur enregistrement dans la mémoire à long terme. Barbeau *et al.* (1997), définissent les connaissances déclaratives comme des connaissances essentiellement théoriques, ce sont des savoirs ou des connaissances statiques. Elles répondent à la question « quoi ? » et sont représentées dans la mémoire à long terme sous forme de proposition. En soins infirmiers, cette catégorie de connaissances réfère, par exemple, aux termes médicaux et scientifiques reliés aux pathologies ou à la signification d'une analyse de laboratoire. On leur associe deux stratégies cognitives pour favoriser leur acquisition : l'élaboration et l'organisation.

L'élaboration vise à développer les connaissances en donnant un sens aux apprentissages ou en améliorant leur compréhension. C'est un travail de construction d'un lien entre une nouvelle connaissance et une connaissance ancienne, d'une nouvelle représentation, d'une explication. En termes de tâche, on pourrait, en soins infirmiers, demander à l'apprenant ou l'apprenante de formuler un exemple de personne qui présente des facteurs de risque du cancer du poumon. On lui demande ainsi de faire un lien entre les connaissances déclaratives (à partir de tous les facteurs de risques du cancer du poumon) et une situation concrète (où certains facteurs de risques sont présents, mais pas tous).

Quant à la stratégie d'organisation, elle demande de structurer les idées ou les connaissances selon des caractéristiques soit en les regroupant ou en les catégorisant. Cette stratégie propose de construire des liens entre les divers éléments de l'information. On pourrait ainsi demander comme tâche de regrouper les manifestations physiques que présentent différentes personnes soignées en fonction d'un système. Par exemple, les personnes souffrant d'asthme, de pneumonie ou d'emphysème pourraient présenter certaines manifestations communes au système respiratoire malgré des problèmes différents : fréquence respiratoire plus élevée, essoufflement à l'effort, toux, utilisation des muscles accessoires.

2.3.2 *Les connaissances procédurales*

La deuxième catégorie de connaissances, appelée connaissances procédurales, est définie par Barbeau *et al.* (*Ibid.*), comme des connaissances pratiques ou des savoir-faire appartenant à une catégorie de connaissances dynamiques référant au « comment ». On peut par exemple, en soins infirmiers, penser à la procédure pour effectuer une ponction veineuse qui implique une « mise en action » de l'information. C'est-à-dire qu'il faut non seulement connaître les étapes et la séquence des gestes à poser pour effectuer la ponction veineuse, il faut aussi être en mesure de l'exécuter avec dextérité pour réellement acquérir cette connaissance procédurale. Dans la mémoire à long terme, les connaissances procédurales sont représentées sous forme de séquences d'actions. Elles englobent une seule condition et une ou plusieurs actions qui y sont reliées. On peut l'illustrer par « si », représentant une condition suivie de « alors », y associant plusieurs actions. Deux

stratégies cognitives sont retenues par Barbeau *et al.* (*Ibid.*) pour développer cette catégorie de connaissances : la procéduralisation et la composition.

La procéduralisation consiste à « créer une représentation de la condition et de la séquence des actions à exécuter pour réaliser quelque chose » Barbeau *et al.* (*Ibid.*, p. 279). Une procédure doit rendre explicite, par écrit, chacune des étapes qui la constituent ainsi que les justifications pertinentes à leur réalisation. Par exemple, si j'ai une ponction veineuse à effectuer sur la main, je vais utiliser la méthode avec papillon. Je vais alors, dans la procéduralisation, décrire étape par étape, la séquence donnée pour effectuer cette ponction veineuse avec papillon afin de comprendre la logique de la séquence et de rendre explicite chacune de ses étapes. Je vais comprendre les raisons pour lesquelles je dois désinfecter la peau avant d'installer le garrot et retirer le garrot avant de retirer le tube et l'aiguille de la peau, par exemple. La procéduralisation demande beaucoup de pratique afin de maîtriser la logique derrière chacun des éléments.

La stratégie cognitive de composition quant à elle, consiste à « combiner dans l'agir des petites représentations productionnelles d'une connaissance procédurale en une seule grande représentation productionnelle » Barbeau *et al.* (*Ibid.*, p. 279). En reprenant l'exemple de la ponction veineuse, il faudra maintenant mettre en action les différentes étapes : installer un garrot, désinfecter la peau, préparer l'aiguille et le dispositif permettant l'écoulement du sang dans le tube de prélèvement, insérer l'aiguille dans la veine choisie, remplir le tube de prélèvement, etc. Il faudra tout d'abord maîtriser chacune des étapes individuellement, par exemple installer un garrot, avant de pouvoir arriver à effectuer toutes les étapes dans l'ordre et avec dextérité.

2.3.3 Les connaissances conditionnelles

La troisième catégorie de connaissances, les connaissances conditionnelles, sont des connaissances dites pratiques qui concernent le « quand » et le « pourquoi » d'une action. Elles sont contextuelles et sont reliées à une séquence de conditions : plusieurs « si » menant à une action « alors ». On peut l'illustrer en soins infirmiers par une situation particulière à une personne soignée. Par exemple, si une personne soignée présente une plaie répondant aux critères des plaies de pression de stade 3, s'il y a écoulement abondant et s'il y a présence de nécrose humide, alors je dois faire un pansement absorbant et utiliser un produit de débridement chimique tout en protégeant la peau saine au pourtour avec un protecteur cutané et le changer deux fois par jour. Toujours selon Barbeau *et al.* (*Ibid.*, p. 285), les connaissances conditionnelles sont représentées dans la mémoire à long terme sous forme de productions. Les stratégies cognitives reconnues par ces auteurs pour favoriser l'acquisition de connaissances conditionnelles sont la généralisation et la discrimination.

« La généralisation consiste à reconnaître que des conditions différentes □ mais ayant certains traits semblables □ peuvent permettre la même action » (*Ibid.*, p. 286). Elle correspond à une même manière de répondre à des stimuli différents. On pourrait l'illustrer par la liste des conditions essentielles à l'administration de l'antidote de la morphine, le naloxone. Les conditions d'administration représentent les « si » et la procédure de préparation et d'administration du naloxone représente le « alors ». Si la personne présente une fréquence respiratoire par minute inférieure à huit ou si elle présente un degré de sédation égal ou supérieur à trois (selon une échelle déterminée) et

si elle a reçu de la morphine ou un autre type d'opiacé : alors nous devons administrer le naloxone. Quant à la discrimination, elle restreint, en fonction d'une ou plusieurs conditions, les situations auxquelles s'applique une même action. Par exemple, je sais que pour toute personne adulte, je dois ajuster l'administration d'oxygène pour obtenir une mesure de saturation de 95 % et plus. Toutefois, je dois faire une discrimination avec les personnes présentant des problèmes respiratoires aigus de celles présentant des problèmes respiratoires chroniques tels que les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). Ainsi, une saturation en oxygène entre 90 % et 95 % pourra être acceptable chez ces personnes.

La figure 3 représente la carte sémantique des catégories de connaissances et les stratégies cognitives pour les développer. À la suite est placé le tableau 2 qui nous présente des suggestions d'activités correspondant aux stratégies cognitives pertinentes à la catégorie de connaissance à développer.

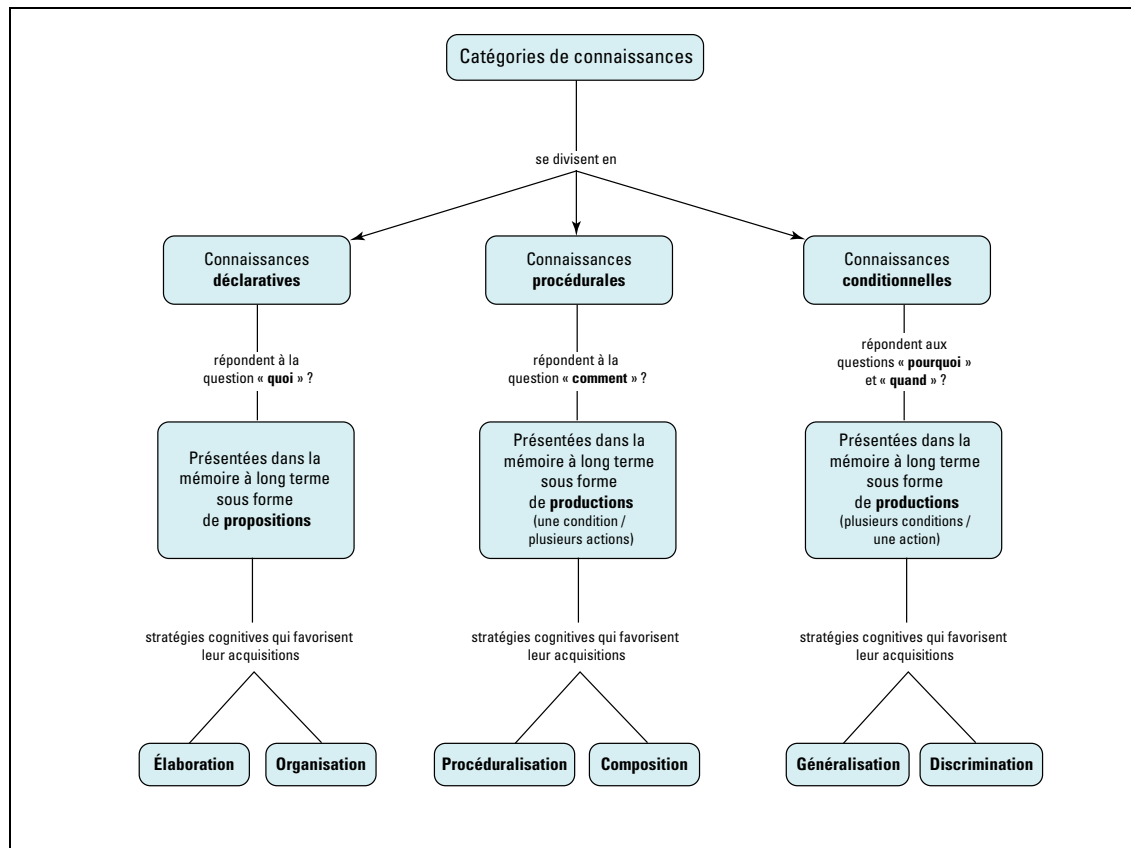


Figure 3.

Catégories de connaissances et stratégies cognitives
 Source : Barbeau, D., Montini, A. et Roy, C. (1997). *Tracer les chemins de la connaissance. La motivation scolaire*. Montréal : Association québécoise de pédagogie collégiale.

Tableau 2
Exemples de stratégies d'apprentissage en fonction des stratégies cognitives nécessaires
au développement des différentes catégories de connaissances

CONNAISSANCES DÉCLARATIVES	
STRATÉGIES D'ÉLABORATION :	
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des moyens mnémoniques (méthode des lieux, méthode des associations, méthode des mots clés) • Paraphraser (réécrire en ses propres mots) • Résumer • Faire une analogie • Produire des notes (commentaires, questions) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formuler des questions et y répondre • Créer une image mentale • Écrire une phrase qui fait le lien avec ce qu'on sait déjà • Inventer un exemple • Trouver des implications • Créer des relations
STRATÉGIES D'ORGANISATION :	
<ul style="list-style-type: none"> • Regrouper • Écrire les idées principales dans la marge • Énumérer • Classifier 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparer • Faire des schémas, des réseaux, des matrices • Identifier la sorte de liens entre les parties d'un réseau
CONNAISSANCES PROCÉDURALES	
STRATÉGIES D'AUTOMATISATION D'UNE PROCÉDURE (PROCÉDURALISATION ET COMPOSITION) :	
<ul style="list-style-type: none"> • Trouver un exemple et le suivre étape par étape • Faire une liste des étapes à suivre • Pratiquer de petites étapes à la fois • Pratiquer la procédure entière 	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer suffisamment longtemps pour que les étapes s'enclenchent automatiquement • Comparer sa performance au modèle d'un « expert »
CONNAISSANCES CONDITIONNELLES	
STRATÉGIES DE GÉNÉRALISATION :	
<ul style="list-style-type: none"> • Faire des hypothèses : trouver des raisons pour lesquelles un exemple donné est un exemple du concept • Rechercher des raisons ou une explication pour laquelle une action particulière est appropriée 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparer deux exemples : trouver les ressemblances • Inventer des exemples
STRATÉGIES DE DISCRIMINATION :	
<ul style="list-style-type: none"> • Faire des hypothèses : trouver des raisons pour lesquelles un exemple donné n'est pas un exemple du concept • Rechercher des raisons ou une explication pour laquelle une action particulière n'est pas appropriée 	<ul style="list-style-type: none"> • Contraster un exemple et un contre-exemple • Trouver les différences • Identifier le type d'exercices à faire • Inventer des contre-exemples

Tiré de :
St-Pierre, L. (1991). L'étude et les stratégies d'apprentissage. *Pédagogie collégiale*, 5(2), 15-21.

En résumé, les assises font référence aux connaissances déclaratives et les manières de faire sont les connaissances procédurales. Les conditions de réalisation d'une action quant à elles, définissent les connaissances conditionnelles. Ainsi, lorsque l'on détermine et applique correctement une méthode de soins en tenant compte du contexte de réalisation de la situation et que l'on intervient correctement, ce sont les connaissances conditionnelles qui sont utilisées. Selon Tanner (2006, dans Guilbault, 2015) :

L'intégration de connaissances conditionnelles est essentielle à la prise de décisions et aux choix des actions de l'infirmière. Ces décisions et ces actions représentent le jugement clinique, qui est un processus qui amène à émettre des hypothèses en lien avec la situation clinique. (p. 16)

C'est ce qui est fait lors de la deuxième étape de la démarche de soins présentée précédemment à la figure 2.

Ayant identifié différentes stratégies d'apprentissage en fonction des trois catégories de connaissances, voyons maintenant quelles sont les meilleures stratégies pour les enseigner.

3. LA STRATÉGIE D'ENSEIGNEMENT RETENUE

Après avoir identifié les stratégies d'apprentissage pertinentes au développement de chaque catégorie de connaissances, il apparaît maintenant important de s'attarder sur les moyens qui doivent être mis en place pour enseigner les connaissances aux étudiants et aux étudiantes et leur faire utiliser différentes stratégies d'apprentissage. Rappelons que pour Legendre (2005, p. 1260), une stratégie constitue un : « plan général et bien établi, composé d'un ensemble d'opérations ingénieuses et agencées habilement, en vue

de favoriser au mieux l'atteinte d'un but compte tenu d'une situation dont les principaux paramètres sont connus ». Nous verrons dans cette section quelles stratégies d'enseignement sont à retenir selon des études en pédagogie.

3.1 L'enseignement explicite et ses composantes

Selon Assoume-Mendene et Gauthier (2014, p. 124), les résultats d'une enquête menée en 2012 par le Groupe d'étude sur la réforme scolaire (GERS) de l'Université Laval sur la perception des enseignants et enseignantes à propos du renouveau pédagogique et plus particulièrement concernant les stratégies d'enseignement et d'apprentissage, il ressort que les stratégies constructivistes ne seraient pas applicables dans tous les contextes d'enseignement. Par contre, l'enseignement explicite d'inspiration cognitiviste a été expérimenté dans diverses matières, dans des contextes variés et auprès de différentes catégories d'étudiants et d'étudiantes et son efficacité a été démontrée dans nombre d'études.

Loin d'être un nouveau dogme, l'enseignement explicite est l'approche pédagogique pour laquelle nous disposons du plus grand nombre de données probantes, qui montrent l'efficacité pour la plupart des catégories d'élèves, des contextes et des matières à enseigner. (*Ibid.*, p. 125-126).

Ces auteurs ont tenté de répondre à la question suivante : « Comment l'enseignant peut-il aider à mieux le construire [le savoir] ? Il semble que ce soient les pédagogies systématiques et explicites qui offrent présentement les meilleures preuves d'efficacité auprès des élèves » (*Ibid.*, p. 126). Dans cette perspective, nous retiendrons l'enseignement explicite comme stratégie d'enseignement de la démarche de soins.

Afin de bien comprendre en quoi consiste l'enseignement explicite pour notre analyse, nous trouvons important de décortiquer les éléments qui le composent. Assoume-Mendene et Gauthier (*Ibid.*) caractérisent les stratégies d'enseignement explicite en trois grandes phases : la préparation, l'interaction avec les élèves et la consolidation. La phase de préparation comprend un ensemble de stratégies qui sont importantes pour assurer une cohérence dans la séquence d'enseignement des éléments de contenu. Nous en traiterons davantage à la section 4 de ce chapitre lorsque nous prendrons en considération la planification dans une perspective d'approche-programme. Suite à la phase de planification viennent les phases d'interaction avec les élèves et de consolidation des apprentissages. Les stratégies alors utilisées pour enseigner explicitement sont des stratégies de soutien et d'étayage qui passent par les actions de dire, de montrer et de guider les étudiants et les étudiantes dans leur apprentissage. La fonction principale de ces stratégies est d'éviter de surcharger la mémoire de travail et d'accéder à la mémoire à long terme. D'autres recherches sur les stratégies d'enseignement efficaces font référence à l'enseignement explicite et à l'étayage. Barriault (2016) résume huit stratégies d'enseignement efficaces basées sur les résultats de nombreuses recherches analysées par Robert Marzano ainsi que par John Hattie. En utilisant des méthodes différentes, ces chercheurs sont parvenus à des conclusions similaires et s'entendent sur des stratégies d'enseignement efficaces. De plus, Rosenshine (2010), chercheur en psychologie cognitive sur le cerveau et l'apprentissage, a relevé 10 principes d'enseignement efficace basés sur les recherches des sciences cognitives, des pratiques pédagogiques et des résultats d'observation des stratégies d'apprentissage. Nous avons observé plusieurs

éléments similaires chez ces auteurs que nous avons regroupés pour illustrer les parties d'une stratégie d'enseignement explicite à l'annexe F.

3.1.1 *La révision*

En reprenant les activités d'enseignement présentées à l'annexe F, nous décortiquerons les composantes d'une stratégie d'enseignement explicite. La stratégie d'enseignement explicite débute une leçon par la révision des connaissances préalables. Nous devons favoriser l'engagement des étudiants et des étudiantes envers les contenus d'apprentissage. Il apparaît primordial de faire le lien entre les connaissances antérieures et les nouvelles connaissances pour favoriser cet engagement. Aussi, la révision permet de vérifier la justesse et l'accessibilité des connaissances. La révision quotidienne permet de renforcer les liens entre les différentes connaissances et d'accéder à la mémoire à long terme. Elle permet ainsi de libérer la mémoire de travail lors des activités de résolution de problème ou faisant appel à la créativité. De plus, Rosenshine (*Ibid.*) met l'accent sur l'importance d'offrir des révisions hebdomadaire et mensuelle : faire l'effort de récupérer en mémoire une notion récemment apprise favorise le stockage de cette notion dans la mémoire à long terme. Plus la notion sera réactivée fréquemment, plus les liens entre celle-ci et les prochaines notions se feront aisément.

Par la suite, il faudra énoncer les objectifs de la leçon. L'objectif se différencie du contenu en ce qu'il précise ce que l'étudiant ou l'étudiante doit faire avec le contenu. On peut débiter la leçon par une question à laquelle l'étudiant ou l'étudiante sera en mesure de répondre à la fin de la leçon par exemple : « Quels sont les éléments de la collecte de

données à recueillir pour une personne ayant des problèmes respiratoires ? ». L'apprentissage devient alors plus signifiant pour l'étudiant ou l'étudiante et le but à atteindre est clair et concret. Par la suite, il importe d'énoncer les connaissances déclaratives qui seront traitées lors de la leçon. Les connaissances déclaratives regroupent les notions, les idées, les concepts, le vocabulaire nécessaire à la réalisation d'une tâche. Mais, il ne faut pas en rester aux connaissances déclaratives, il faut aussi enseigner comment s'en servir dans les connaissances procédurales, c'est-à-dire modéliser les procédures.

3.1.2 *Le modelage*

La leçon se poursuit alors par des activités de modelage. Cette notion vient de l'anglais *modeling* qui signifie « prendre pour modèle et façonner, donner une forme ». Selon Lamarre et Cavanagh (2012), le modelage consiste à exécuter une tâche devant l'étudiant ou l'étudiante tout en expliquant son raisonnement à voix haute. Le modelage serait une intervention pédagogique de choix pour favoriser l'apprentissage des connaissances procédurales. Reprenons l'exemple de la ponction veineuse : il ne sera pas suffisant de faire une démonstration des étapes de la procédure. Pour que l'étudiant ou l'étudiante apprenne la séquence, il faut qu'il comprenne la logique derrière chaque geste posé. La séquence de la procédure doit d'abord être écrite, étape par étape en décrivant ce qui doit être fait par l'apprenant ou l'apprenante. Le modelage lui permettra de mettre en lien chaque étape de la procédure en y associant une justification. Ainsi, l'enseignant ou l'enseignante qui utilise des méthodes explicites d'enseignement est conscient de ce qu'il enseigne : il connaît les raisons pour lesquelles il ou elle enseigne et comment la

tâche doit s'accomplir. Rosenshine (2010) insiste sur l'importance de présenter la nouvelle matière par petites étapes, de façon fractionnée. La mémoire de travail étant limitée à quelques informations à la fois, il faut donc éviter de la surcharger et s'assurer de la maîtrise de ces nouveaux éléments avant d'en ajouter de nouveaux. Marzano et Hattie (1998, dans Barriault, 2016) insistent sur l'importance de l'enseignement explicite et sur l'importance de donner des exemples et des contre-exemples. Ceux-ci permettent de porter une attention particulière aux manières de faire efficaces tout en portant une attention aux difficultés habituellement rencontrées par les étudiants et les étudiantes. Il importe de noter les difficultés des étudiants et des étudiantes dans le but de comprendre et d'adapter l'enseignement pour les surmonter.

3.1.3 La pratique guidée

Suite au modelage viendra la pratique. Barriault (2016) et Rosenshine (2010) misent sur la pratique. La pratique guidée dans un premier temps, ainsi que la pratique autonome dans un second temps, respectent les principes d'emmagasiner de l'information dans la mémoire à long terme. Il faut être exposé plusieurs fois à un contenu d'apprentissage afin de l'emmagasiner dans la mémoire à long terme et c'est à travers les pratiques répétées que cela devient possible.

Nous devons, dans une stratégie d'enseignement explicite, aider les étudiants et les étudiantes à utiliser leurs connaissances et leur donner des clés pour guider leur compréhension lors des pratiques guidées. Cette stratégie consiste à appliquer certains principes généraux à des cas ou des problèmes spécifiques. Il faut appliquer les

connaissances en contexte et enseigner aux étudiants et aux étudiantes comment penser de manière déductive puis prévoir des moments de pratique guidée afin de généraliser les apprentissages. Barriault (2016) prône aussi l'usage des organisateurs graphiques (schémas de concepts, tableaux, diagrammes) afin d'explicitier les liens existants entre les éléments ou les concepts. On peut, par exemple, demander à l'étudiant ou l'étudiante de construire un tableau résumé des éléments de collecte de données et des méthodes de soins qui seront utilisées concernant une douleur abdominale afin qu'il ou elle mette les éléments en relation. Rosenshine (*Ibid.*, p. 14) propose aussi l'étayage : soutien temporaire à l'apprentissage pour des contenus plus complexes consistant à faire une démonstration ou à fournir des rappels visuels ou une liste à cocher. En soins infirmiers par exemple, concernant l'évaluation d'une douleur abdominale, on pourrait tout d'abord fournir une liste de méthodes d'évaluation ainsi qu'une liste de manifestations et demander à l'étudiant ou l'étudiante de bâtir un tableau pour les mettre en relation. Un peu plus tard dans la pratique, on demandera de construire un tableau similaire, mais sans fournir de liste d'éléments, cette fois-ci.

Une autre stratégie reconnue pour favoriser les apprentissages consiste à faire travailler les étudiants et les étudiantes ensemble lors des pratiques guidées. On utilisera le travail coopératif comme un complément au travail individuel et à l'enseignement de groupe lors des pratiques. Dans la pratique guidée, on fait faire aux étudiants et aux étudiantes ce que l'enseignant ou l'enseignante a montré lors du modelage. On passe à la pratique par la réalisation d'exercices gradués du simple au complexe. L'enseignant ou l'enseignante guide les étudiants et les étudiantes dans cet apprentissage : ils ne sont pas

encore autonomes, ils apprennent. Il faudra parfois revenir au modelage pour corriger des pratiques ou reprendre des démonstrations suite à la vérification fréquente de la compréhension des étudiants et des étudiantes. On progresse ainsi vers la pratique autonome. Cette pratique s'inscrit dans la continuité de la pratique guidée. Cependant, sa cible diffère par l'objectif à atteindre. On recherche chez l'étudiant ou l'étudiante le degré d'automatisation nécessaire à l'atteinte du critère de performance établi. En fonction du degré de maîtrise exigé par l'objectif et standard, la pratique autonome se réalise dans des contextes différents. On permet ainsi à l'étudiant ou l'étudiante de s'exercer dans des situations plus complexes nécessitant des ajustements de sa part. Les contenus demanderont à être répétés souvent pour que l'habitude s'installe. Par exemple : c'est en pratiquant le processus de la démarche de soins dans différentes situations, tout au long de la formation, qu'il sera intégré dans la mémoire à long terme. Effectuer des pratiques de démarche de soins en guidant l'étudiant ou l'étudiante, en début de formation, pour ensuite encourager les pratiques de plus en plus autonomes en fin de formation lui permettra de progresser dans sa maîtrise du processus.

3.1.4 Le développement de l'auto-efficacité et la révision systématique

Barriault (2016) citant les recherches de Marzano (1998), souligne qu'il faut développer l'auto-efficacité des étudiants et des étudiantes. En l'encourageant et en lui faisant prendre conscience de chaque petite réussite, l'étudiant ou l'étudiante développe un sentiment d'auto-efficacité qui aurait un impact important sur sa motivation et sur ses apprentissages : continuer la pratique guidée jusqu'à l'obtention d'un haut taux de succès (80 %). Selon Rosenshine (2010, p. 20) ce taux aurait un impact important pour stimuler

la motivation. Ainsi, les étudiants et les étudiantes apprennent tout en ayant un sentiment d'être placés devant un défi à la fois réaliste et stimulant.

Selon Barriault (2016), il apparaît aussi important d'effectuer une révision systématique de ce qui a été enseigné aux étudiants et aux étudiantes afin de récapituler les connaissances nouvelles apprises au cours de la leçon pour leur donner du sens. Ainsi, nous pouvons demander aux étudiants et aux étudiantes lors d'une leçon portant sur l'asthme de mettre en lien les manifestations de cette pathologie, qui seront apprises durant la leçon, avec la procédure d'évaluation respiratoire traitée lors d'une leçon antérieure. La qualité de la rétention des apprentissages en mémoire à long terme est largement tributaire des occasions de révision et de réutilisation de ces apprentissages.

3.1.5 Le cycle de l'enseignement explicite

À toutes les étapes de la leçon, que ce soit lors du modelage, de la pratique guidée ou de la pratique autonome, il est essentiel d'assurer un suivi de l'évolution des apprentissages. Tant dans les écrits de Rosenshine (2010) que dans ceux de Barriault (2016), nous retrouvons des activités consistant à vérifier constamment la compréhension des étudiants et des étudiantes par des questions en classe, afin de permettre à l'enseignant ou l'enseignante de suivre l'évolution du niveau de compréhension de la matière. Dans un même ordre d'idée, Barriault (2016) souligne dans les conclusions de Marzano et Hattie qu'ils insistent pour offrir une rétroaction sur ce que l'étudiant ou l'étudiante maîtrise ou non afin de l'aider à déterminer comment il peut améliorer son apprentissage. L'enseignant ou l'enseignante devra susciter des réponses de la part de tous les étudiants

et de toutes les étudiantes et leur donner de la rétroaction pour assurer un suivi de l'évolution des apprentissages de chacun. La rétroaction est essentielle, selon ces auteurs, afin d'éviter d'intérioriser certaines erreurs. Par exemple, on pose des questions sur l'efficacité de la procédure : qu'arrive-t-il si je procède plutôt comme cela, si je modifie tel élément de la procédure, si je passe outre à telle étape, etc. On peut ainsi vérifier la compréhension et s'ajuster au besoin.

Gauthier, Bissonnette et Richard (2013) ajoutent dans leur ouvrage sur l'enseignement explicite que chaque leçon devrait se terminer par une objectivation des apprentissages réalisés. En revenant sur les connaissances essentielles à retenir suite à la leçon, on favorise l'intégration des apprentissages en mémoire. On peut ainsi poser une question simple aux étudiants et aux étudiantes telle que : « Que croyez-vous qu'il soit essentiel de retenir suite à ce que nous avons vu ? ». On peut aussi écrire les éléments à retenir sous forme de tableaux, de schémas ou de réseaux de concepts. Ces activités visent la prise de conscience, par l'étudiant ou l'étudiante, de ce qui est important à mémoriser et de ce qu'il a appris.

Maintenant que nous savons comment utiliser la stratégie d'enseignement explicite au moment de l'interaction avec les étudiants et les étudiantes et au moment de la consolidation des apprentissages, voyons comment il est préférable d'effectuer la phase de préparation de l'enseignement dans une perspective d'approche-programme.

4. LA SÉQUENCE ENSEIGNEMENT/APPRENTISSAGE DU JUGEMENT CLINIQUE DANS UNE PERSPECTIVE D'APPROCHE-PROGRAMME

Le programme Soins infirmiers actuel a été adopté en février 2001 au Cégep de Rivière-du-Loup. Conformément à l'article 1 du Règlement sur le régime des études collégiales (Publications Québec, 2018), le programme est constitué d'un ensemble intégré d'activités d'apprentissage visant l'atteinte d'objectifs de formation en fonction de standards déterminés. Les activités d'apprentissage qui sont réalisées dans le programme sont composées de laboratoires, ateliers, séminaires, stages ou autres activités pédagogiques et sont destinées à assurer l'atteinte des objectifs et standards visés. Les établissements d'enseignement ont l'entière responsabilité de la définition des activités d'apprentissage et de l'aménagement de l'approche-programme. C'est-à-dire que les enseignants et enseignantes qui composent le département des Soins infirmiers ont l'entière responsabilité de travailler de pair à offrir un programme offrant aux étudiants et aux étudiantes de réaliser des activités d'apprentissage leur permettant d'acquérir des connaissances mobilisables dans des situations complexes se rapprochant des tâches du marché du travail. Le programme, dans cette perspective, devient la voie pour développer les compétences qui les prépareront au marché du travail. Le Conseil des collèges (1992) propose cette définition de l'approche-programme :

On peut considérer qu'au sens large cela signifie que l'enseignement collégial doit être abordé sous l'angle du programme dans tous les aspects de sa gestion (planification, organisation, réalisation, contrôle, évaluation). Dans un sens plus restreint : faire en sorte que toutes les activités d'apprentissage faisant partie d'un programme contribuent d'une manière planifiée, organique, efficace et cohérente à la réalisation des objectifs du programme. (p. 307)

Pour ce faire, les enseignants et des enseignantes doivent procéder à une concertation régulière pour favoriser la complémentarité des apprentissages et assurer une continuité cohérente tout au long de la formation. Les 22 compétences du programme peuvent être regroupées en famille de compétence. Par exemple, les compétences « intervenir » se regroupent en une famille ; chaque famille représente une macrocompétence. Des liens fonctionnels doivent exister entre chaque cours du programme dans le but commun de développer les macrocompétences du profil du diplômé. En se guidant sur ce profil du diplômé, l'équipe enseignante pourra planifier une progression dans l'enseignement des compétences à travers le programme et dans le degré de maîtrise de ces compétences en développement, pouvant être étalées sur plusieurs cours selon le cas. Il va de soi que cette approche-programme permet de comprendre la contribution de chaque cours dans la perspective d'atteindre le développement des macrocompétences qui composent le profil du diplômé.

Dans cette optique, il apparaît pertinent dans notre essai d'ajouter à la grille d'analyse le dispositif de la séquence enseignement/apprentissage menant au développement des compétences « intervenir » et utilisant la démarche de soins comme outil de développement du jugement clinique tout au long du programme Soins infirmiers du Cégep de Rivière-du-Loup.

Nous avons vu plus haut que dans une stratégie d'enseignement explicite, la première phase consiste à la planification selon Assoume-Mendene et Gauthier (2014, p. 125-126). Cette phase demande en premier lieu de préciser les objectifs d'apprentissage en clarifiant les attentes face aux apprentissages demandés à l'étudiant ou à l'étudiante et

en permettant à l'enseignant ou l'enseignante de sélectionner les activités d'apprentissage pertinentes en fonction des buts visés. En deuxième lieu, il importe d'identifier les idées maîtresses : les concepts clés, les savoirs fondamentaux, les habiletés de base qui doivent être enseignés. Cette tâche permet aussi de repérer les notions accessoires et de mettre les idées maîtresses en avant plan. Comme troisième tâche, l'enseignant ou l'enseignante dans la phase de préparation doit déterminer les connaissances préalables. Il ou elle doit déterminer le niveau de difficulté de la tâche et s'assurer que les connaissances enseignées progressent du simple au complexe. La quatrième tâche consiste à intégrer de manière stratégique les diverses catégories de connaissances. Il s'agit ici de faire la distinction entre les différentes catégories de connaissances (déclaratives, procédurales et conditionnelles) et de choisir des moyens adaptés à chacune pour les enseigner. La cinquième tâche demande de planifier des dispositifs de soutien à l'apprentissage (visuels, verbaux, physiques) qui seront progressivement retirés à mesure que les apprentissages sont maîtrisés. La sixième tâche est la planification de la révision. Le temps de révision doit être planifié systématiquement à travers l'enseignement de façon à ce qu'elle soit distribuée, cumulative et variée. La dernière tâche de la planification consiste à vérifier l'alignement curriculaire, c'est-à-dire adapter le travail prévu à celui qui sera accompli en vérifiant la cohérence entre le curriculum prescrit, l'enseignement planifié et l'évaluation prévue.

Les outils dont nous disposons pour assurer la cohérence du programme et l'alignement curriculaire sont la grille de cours, les plans-cadres et les plans de cours. Les plans-cadres, construits à partir des objectifs et standards du Gouvernement du Québec

(2016b) pour le programme Soins infirmiers, nous guident en détaillant, pour chaque cours du programme les aspects suivants : a) l'identification du cours, b) l'énoncé de la ou des compétences, c) l'objectif terminal, d) les caractéristiques du cours, e) l'évaluation terminale de la ou des compétences, f) le contenu. Les plans de cours quant à eux, détaillent la séquence des apprentissages du cours en y spécifiant : a) l'objectif terminal et la compétence, b) les objectifs d'apprentissage, c) le contenu, d) les activités pédagogiques, e) les activités d'évaluation.

Dans une perspective d'approche-programme, les stratégies de planification élaborée dans les plans-cadres et les plans de cours doivent essentiellement être effectuées conjointement par tout le corps enseignant du département afin d'assurer une cohésion dans l'enseignement de la démarche de soins du programme Soins infirmiers au Cégep de Rivière-du-Loup. À partir de ces documents, nous analyserons la séquence des éléments qui sont mis en place pour l'enseignement du jugement clinique à l'aide de la démarche de soins dans une perspective d'approche-programme.

5. LES GRILLES D'ANALYSE DÉCOULANT DU CADRE DE RÉFÉRENCE

À partir des éléments élaborés dans ce chapitre, nous avons construit des grilles d'analyse afin de répondre aux objectifs de recherche présentés à la section suivante. Les éléments analysés portent sur l'enseignement des connaissances nécessaires à l'application de la démarche de soins dans la perspective du développement du jugement clinique à travers le programme Soins infirmiers du Cégep de Rivière-du-Loup. Les grilles d'analyse sont présentées à l'annexe G.

Les deux premières grilles intitulées *Grille d'analyse 1 : connaissances nécessaires à la réalisation de l'étape 1 de la démarche de soins* et *Grille d'analyse 2 : connaissances nécessaires à la réalisation de l'étape 2 de la démarche de soins*, serviront à évaluer quelles connaissances sont nécessaires à la réalisation de la démarche de soins. Nous portons un regard sur les catégories de connaissances mobilisées pour réaliser les deux premières étapes de la démarche de soins à l'aide d'un exemple de situation clinique rencontrée lors d'un stage de troisième session. Nous mettons en relation les connaissances avec les objectifs d'apprentissage, les contenus enseignés et les activités pédagogiques prévues au plan de cours.

La grille *Grille d'analyse de l'alignement curriculaire*, servira à évaluer la planification de l'alignement curriculaire portant sur l'enseignement de la démarche de soins à travers le programme Soins infirmiers. Nous portons un regard sur la cohérence de la séquence des cours portant sur la démarche de soins ainsi que sur la progression du niveau de maîtrise visé en lien avec les objectifs d'apprentissage.

La dernière grille ne constitue pas à proprement dire une analyse, elle est intitulée *Proposition d'activités d'apprentissage adoptant une stratégie d'enseignement explicite de la démarche de soins* et est placée à l'annexe I. Cette grille servira à proposer des activités d'apprentissage en fonction des stratégies cognitives pertinentes au développement de chaque catégorie de connaissances dans une perspective de planification adoptant une stratégie d'enseignement explicite.

6. LES OBJECTIFS DE RECHERCHE

À la lumière du cadre de référence, nous présentons les objectifs de recherche dans cette section. Trois objectifs sont poursuivis dans cet essai :

1. Analyser le matériel pédagogique (gabarit, plans-cadres, plans de cours et grille d'évaluation de stage) utilisé pour l'enseignement des connaissances nécessaires pour poser un jugement clinique à l'aide de la démarche de soins ;
2. Analyser le dispositif de la séquence enseignement/apprentissage de la démarche de soins en regard de la cohérence des activités planifiées dans une perspective d'approche-programme ;
3. Proposer des stratégies d'enseignement/apprentissage à retenir pour favoriser le développement du jugement clinique chez les étudiants et les étudiantes en Soins infirmiers.

Vous trouverez à la section suivante le troisième chapitre présentant la méthodologie utilisée pour atteindre les objectifs.

TROISIÈME CHAPITRE :

LA MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre expose les différents aspects méthodologiques de la recherche en présentant tout d'abord le type d'essai réalisé, puis en donnant des précisions sur les participants et participantes, le déroulement et l'échéancier et les techniques et instruments de collecte de données. Seront présentés par la suite, la méthode de traitement et d'analyse des données, les moyens pris pour assurer la scientificité et finalement, les aspects éthiques de la recherche.

1. LE TYPE D'ESSAI

L'analyse de matériel pédagogique représente le type d'essai réalisé. Selon Paillé (2007, p. 137), « il s'agit d'une analyse (pédagogique ou critique) et non d'une simple étude, et le matériel à analyser est déjà constitué [...] elle n'intervient pas en réponse à un besoin de questionner, mais plutôt d'évaluer. Il s'agit donc d'une forme de recherche évaluative [...] ». Toujours selon Paillé (*Ibid.*, p. 138), « la marche à suivre pour l'analyse du matériel s'ouvre sur l'explicitation du cadre conceptuel ou du cadre d'analyse qui constituera la grille d'analyse du matériel ». En concordance avec le *Guide de présentation du bloc recherche innovation et analyse critique de la maîtrise en enseignement au collégial* de l'Université de Sherbrooke (2015, p. 25), ce type d'essai s'inscrit dans le pôle analyse critique qui constitue « une démarche de décomposition d'un

phénomène ou d'un objet en ses éléments, d'identification des relations entre eux et d'examen des caractéristiques trouvées en relation avec des critères ».

En regard des objectifs poursuivis dans cet essai, la méthodologie retenue est qualitative. Le devis méthodologique proposé par Paillé (2007) met d'abord l'accent sur l'explicitation du cadre conceptuel qui constituera la grille d'analyse du matériel. Dans ce cas-ci, le cadre conceptuel explicite quelles stratégies d'apprentissage sont pertinentes en fonction des catégories de connaissances à développer pour poser un jugement clinique. Le matériel pédagogique, en l'occurrence le matériel identifié comme étant utilisé pour l'enseignement formel de la démarche de soins, est déconstruit afin d'être analysé en fonction de grilles constituées à partir du cadre de références. Dans un deuxième temps, les meilleures stratégies d'enseignement selon les récentes recherches en éducation seront présentées afin d'être en mesure d'en proposer pour l'enseignement de la démarche de soins. Dans un troisième temps, le dispositif d'enseignement/apprentissage mis en place concernant l'enseignement formel de la démarche de soins est évalué, toujours à partir du cadre conceptuel. L'approche méthodologique demeure, tout au long du processus, strictement qualitative en utilisant le point de vue naturaliste/interprétatif poursuivant un but de description et de compréhension tel que l'explique Fortin (2010) pour une recherche qualitative interprétative. L'intention est de comprendre si la forme actuelle du matériel pédagogique et l'utilisation qu'on en fait permettent les finalités qu'on leur confère soit le développement du jugement clinique.

2. LA PHASE MÉTHODOLOGIQUE

2.1 Les participants et les participantes

Dans cette recherche évaluative, il n'y a pas de recrutement de participant ou de participante puisque le matériel à évaluer est déjà constitué et qu'il n'appartient pas à un individu, mais bien au département des Soins infirmiers du Cégep de Rivière-du Loup.

2.2 Le déroulement et l'échéancier

Vous trouverez, au tableau 3, un échéancier des travaux réalisés durant l'essai.

Tableau 3
Échéancier des travaux

Session	Semaines	Activités
Automne 2016	1 à 15	Établissement du cadre conceptuel et d'une grille d'analyse qui en découle Rédaction du chapitre 2
Hiver 2017	1 et 2	Collecte du matériel pédagogique
Hiver 2017	3 à 10	Déconstruction et analyse du matériel
Hiver 2017	11 à 15	Évaluation du matériel à l'aide des grilles d'évaluation
Automne 2017	1	Débriefage avec les enseignants et enseignantes du département des Soins infirmiers
Automne 2017	2 à 5	Analyse critique de l'évaluation et interprétation des résultats
Automne 2017	6 à 10	Rédaction du chapitre 4
Automne 2017	11 à 15	Révision des chapitres et rédaction des parties : sommaire, introduction et conclusion
Hiver 2018	1 à 15	Révision et rédaction de la section remerciements

2.3 Les techniques et les instruments de collecte de données

Puisque cet essai adopte une position naturaliste/interprétative, les données recueillies sont de nature qualitative. Selon Karsenti et Savoie-Zajc (2011), un des modes de collectes de données en recherche qualitative/interprétative est l'utilisation de matériel écrit. Ici, le matériel analysé est constitué du matériel pédagogique utilisé lors de l'enseignement de la démarche de soins par le département des Soins infirmiers du Cégep de Rivière-du-Loup. Le gabarit de la démarche de soins est évalué en regard des catégories de connaissances qu'il sollicite à chaque étape en lien avec sa finalité. D'autres documents écrits sont aussi collectés en regard du dispositif d'enseignement/apprentissage de la démarche de soins tels que les plans cadres et plans de cours du programme Soins infirmiers.

2.4 La méthode de traitement et d'analyse des données

En recherche évaluative, le cadre conceptuel prend une place prépondérante dans la construction de la grille d'analyse des données, car c'est sur lui que s'appuieront les critères constituant la grille. Les catégories sont alors décidées à l'avance par le cadre de référence et la constitution de la grille d'évaluation. Paillé (2007, p. 138) explique que :

Quels que soient le cadre conceptuel ou la grille retenus, il faut d'abord déconstruire le matériel, car la logique recherchée n'est pas nécessairement apparente au niveau de l'ensemble finalisé [du matériel] [...] [il s'agira alors de] trier, identifier, étiqueter et finalement relier les divers éléments

trouvés. C'est en appliquant la grille à ce moment-ci que l'on pourra progressivement procéder à l'évaluation du matériel.

Cette méthode d'analyse correspond à l'analyse de contenu, décrite comme « la méthode de traitement des données qualitatives la plus courante et [qui] permet une grande diversité d'application » selon Fortin (2010, p. 467). Tout d'abord, pour déconstruire le matériel, il faut identifier chacune des opérations cognitives que nécessite la réalisation des cinq étapes de la démarche de soins et les relier au cadre conceptuel quant aux catégories de connaissances sollicitées ou développées au cours de ces étapes. Ensuite, sera possible l'évaluation du matériel toujours en s'appuyant sur le cadre conceptuel. Ce dernier a clairement établi au préalable, dans une perspective cognitive, quelles stratégies d'apprentissage permettent de développer la catégorie de connaissances requises à chacune des étapes de la démarche de soins pour parvenir à formuler un jugement clinique.

2.5 Les moyens pris pour assurer la scientificité

Fortin (2010, p. 468) explique que : « Dans les études fondées sur un cadre théorique ou conceptuel, on peut établir la validité en expliquant comment les catégories s'harmonisent avec le thème ou le concept ». Dans cet essai, le cadre de référence dresse un portrait clair, sous l'angle de la théorie cognitive de l'apprentissage, des stratégies mentales jugées nécessaires à l'apprentissage des différentes catégories de connaissances et des méthodes pédagogiques qui y sont reliées.

Fortin (*Ibid.*, p. 284) cite quatre critères de rigueur scientifique pour l'analyse qualitative des données. Il est premièrement question de la crédibilité de la recherche. Elle nous dit que : « La vérification par les participants est considérée par Lincoln et Guba (1985) comme la technique la plus importante pour établir la crédibilité ». Bien qu'il n'y ait pas de participant ou de participante dans cette recherche, la possibilité de procéder à un débriefage avec des enseignants et enseignantes du département des Soins infirmiers suite à l'élaboration des interprétations de la chercheuse et sur les résultats obtenus apparaît comme un excellent moyen d'assurer une crédibilité à l'essai. Ce débriefage est réalisé dans le cadre formel de discussion lors de réunions du département des Soins infirmiers sans que des liens soient fait avec cet essai.

Le deuxième critère traite de la transférabilité ou de l'application éventuelle des conclusions tirées de l'analyse des données à d'autres contextes similaires. Dans cet essai, le matériel sera déconstruit en regard de la catégorie de connaissances à développer afin de l'évaluer en fonction du cadre de référence. La description dense et détaillée du contexte dans lequel le matériel pédagogique est utilisé pourra permettre d'appliquer les conclusions de l'essai à un contexte similaire voulant développer les mêmes catégories de connaissances. Même si les autres programmes Soins infirmiers des cégeps n'utilisent pas du matériel pédagogique identique, les conclusions pourront servir à la réflexion sur les stratégies pertinentes à l'enseignement du jugement clinique.

Le troisième critère, la fiabilité, sera assuré dans cette recherche par la rigueur de l'analyse. Aussi, puisque cet essai est réalisé dans le cadre d'un programme de maîtrise, les travaux sont guidés, tout au long de la démarche, par les enseignants et enseignantes

de l'Université de Sherbrooke ainsi que par la consultation régulière de la direction d'essai. Les conseillers et conseillères pédagogiques disponibles au Cégep de Rivière-du-Loup seront aussi consultés pour vérifier l'exactitude des résultats, des interprétations et des conclusions de la chercheuse.

Le dernier critère de rigueur scientifique porte sur la confirmabilité ou la neutralité. Toujours selon Fortin (*Ibid.*, p. 285), « ce critère vise à s'assurer que les résultats reflètent bien les données et non le point de vue du chercheur ». Un moyen d'assurer cette confirmabilité est de faire appel à d'autres personnes pour juger de la qualité des résultats obtenus selon Fortin (*Ibid.*). Cette façon de faire sera réalisée en faisant appel, tout comme pour le critère de fiabilité, à un conseiller pédagogique du Cégep de Rivière-du-Loup, à la direction d'essai ainsi qu'au jury d'évaluation du projet.

2.6 Les aspects éthiques de la recherche

Le *Guide d'autoévaluation* du Comité d'éthique de la recherche, Éducation et sciences sociales, de l'Université de Sherbrooke (2014) trace quatre principes à respecter lors d'un projet de recherche.

Pour commencer, le premier principe concerne l'intégrité scientifique. Le processus des cours de la Maîtrise en éducation au collégial (MEC) ainsi que la direction d'essai assurent que la recherche est valide et que les méthodes de collecte et d'analyse des données soient pertinentes tout comme ils garantissent la qualification du chercheur qui passe à travers les différents cours menant à l'obtention de la MEC. Le seul critère qui pourrait faire l'objet d'une réflexion dans la présente recherche est la présence de

conflits d'intérêts. Toutefois, la chercheuse dans cet essai n'intervient pas auprès de personnes. Il n'y a donc pas ici, apparence de conflits d'intérêts. Il y aurait eu apparence de conflits d'intérêts si la chercheuse avait fait partie de l'échantillon pour la collecte de données et si elle avait elle-même enseigné la démarche de soins de façon formelle ou si elle avait collecté de l'information auprès de ses propres étudiants et étudiantes, par exemple.

Le deuxième principe à respecter concerne la préoccupation pour le bien-être. Le *Guide d'autoévaluation (Ibid.)* indique que les bénéfices potentiels de la recherche doivent être plus grands que les risques et les inconvénients. Dans le cadre de cet essai, il n'y a pas de risque physique, économique, social ou psychologique puisqu'il n'y a pas de participant ou de participante. Les bénéfices sont donc plus grands que les risques, car ils pourront permettre de poser un regard critique sur les documents pédagogiques et le processus d'enseignement/apprentissage de la démarche de soins et peut-être mener à des propositions d'améliorations dans ce processus. Autant les enseignants et les enseignantes que les étudiants et les étudiantes pourront bénéficier des conclusions. Il est alors possible d'affirmer que l'équilibre entre les risques, les inconvénients et les bénéfices penchent vers un bénéfice pour tous.

Le troisième principe concerne la vie privée et la confidentialité. Le *Guide d'autoévaluation (Ibid.)* insiste sur la gestion des données recueillies et leur utilisation ainsi que sur le consentement des participants et participantes. Dans la mesure où il n'y a pas de participants et participantes pour cette recherche évaluative, il n'apparaît pas de désavantage à partager les données recueillies avec la direction d'essai. Ce deuxième

regard pourra même être bénéfique pour éviter les biais qui pourraient se glisser à l'étape de la déconstruction du matériel recueilli.

L'autonomie de la personne, quatrième et dernier principe du *Guide d'autoévaluation (Ibid.)*, n'est pas remise en cause puisqu'encore une fois, la collecte de données n'est pas faite auprès de participants ou participantes.

De plus, il ne sera pas nécessaire de soumettre la recherche au Comité d'éthique à la recherche (CER) du Cégep de Rivière-du-Loup. « Ce comité a le pouvoir d'approuver ou de rejeter ou de demander des modifications à tout projet de recherche qui lui est soumis » (Fortin, 2010, p. 110) en regard des quatre critères éthiques énumérés ci-haut. Cette étape est obligatoire et préalable à la collecte des données et à la poursuite du projet d'essai pour « tout projet de recherche subventionné ou non, qui comporte une collecte des données mettant en cause directement ou indirectement des êtres humains [...] » Fortin (*Ibid.*, p. 107). Toutefois, dans la mesure où les données sont recueillies à travers des documents pédagogiques n'appartenant pas à un individu, mais bien au département des Soins infirmiers du Cégep de Rivière-du-Loup, la recherche n'aura pas à être soumise au CER dans ce contexte.

QUATRIÈME CHAPITRE :

L'ANALYSE DES DONNÉES

Dans ce chapitre, nous présenterons les données recueillies à l'aide des grilles d'analyse présentées à l'annexe G. Ces données seront analysées en s'appuyant sur les éléments du cadre de référence faisant l'objet du troisième chapitre. Ainsi, nous orienterons notre analyse afin de répondre aux deux premiers objectifs de recherche fixés à la fin du deuxième chapitre : 1) Analyser le matériel pédagogique utilisé pour l'enseignement des connaissances nécessaires pour poser un jugement clinique à l'aide de la démarche de soins, 2) Analyser le dispositif de la séquence enseignement/apprentissage de la démarche de soins en regard de la cohérence des activités planifiées dans une perspective d'approche-programme. Suite à cette analyse, nous formulerons des propositions dans le but de répondre à notre troisième objectif de recherche : 3) Proposer des stratégies d'enseignement/apprentissage à retenir pour favoriser le développement du jugement clinique chez les étudiants et les étudiantes en Soins infirmiers. Cette proposition est présentée à l'annexe I.

1. LE MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE ET LES STRATÉGIES COGNITIVES

1.1 Le matériel pédagogique analysé et les éléments sélectionnés

En poursuivant le premier objectif de recherche, nous avons tout d'abord relevé les données dans les grilles d'analyse 1 et 2 présentées à l'annexe G, en utilisant comme matériel pédagogique : les plans-cadres, les plans de cours, le gabarit de la démarche de

soins et la grille d'évaluation du cours. Les plans-cadres, au Cégep de Rivière-du-Loup, nomment les contenus du cours. Ces contenus sont associés aux critères de performance de l'objectif et standard. Les plans-cadres précisent aussi ce que sera l'évaluation terminale du cours et les critères d'évaluation et donnent des indications sur les méthodes pédagogiques utilisées. Le plan de cours doit reprendre les contenus du plan-cadre. L'enseignant ou l'enseignante planifie les séquences d'enseignement/apprentissage, le moment des évaluations et les critères d'évaluation. Le gabarit de la démarche de soins quant à lui est présenté à l'annexe C, il est utilisé pour structurer le jugement clinique. La grille d'évaluation du stage précise les critères d'évaluation et les niveaux de performances avec la pondération pour chacun des critères.

À l'aide de ces documents pédagogiques, nous avons mis en relation les contenus enseignés, les objectifs d'apprentissage, les stratégies pédagogiques utilisées ainsi que les critères d'évaluation qui concernent la démarche de soins. En regard du concept de stratégie pédagogique, nous croyons qu'il est important de bien le définir. Nous pouvons tout d'abord décrire la pédagogie par « une action qui vise à faciliter les apprentissages et à augmenter, à terme, la capacité de traitement de l'information des élèves, afin de les rendre efficaces et autonomes dans la vie de tous les jours [...] ». » (Rieunier, 2001, p. 17). Dès lors, une stratégie pédagogique fait intervenir les actions qu'un enseignant ou une enseignante choisit pour enseigner et faire apprendre efficacement. Nous avons donc tenté de relever ces actions dans les documents analysés. Puisque l'analyse de tous les cours du programme Soins infirmiers représentait une charge colossale, nous avons choisi d'analyser les données concernant un cours de deuxième année du programme intitulé

Soins infirmiers en médecine-chirurgie II et pédiatrie. Le contenu de ce cours a été analysé en fonction des catégories de connaissances nécessaires à la réalisation de la démarche de soins. Ce cours est représentatif pour nous, car il est situé à la moitié du cursus de formation et qu'il représente le moment où l'apprenant ou l'apprenante doit effectuer la démarche de soins pour la troisième session consécutive.

Nous avons éprouvé des difficultés à associer certains contenus aux catégories de connaissances en constatant que les contenus nommés sont parfois imprécis ou vagues. Pour nous aider à bien illustrer les contenus et les associer aux catégories de connaissances, nous avons alors construit un « exemple parfait » d'un gabarit de démarche de soins complété à l'aide d'une situation fictive afin de concrétiser les connaissances développées. Cet exemple a servi de gabarit de référence pour l'analyse des documents. Il se dit « parfait » en ce qu'il traduit explicitement toutes les connaissances nécessaires à l'application de la démarche de soins. « L'exemple parfait » est présenté à l'annexe H.

1.2 Les contenus et les objectifs d'apprentissage concernant la démarche de soins

Nous avons associé, dans les grilles d'analyse 1 et 2 présentées à l'annexe G, les contenus du plan-cadre aux connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles. Nous avons retenu seulement les connaissances nécessaires à la réalisation des deux premières étapes de la démarche de soins et les avons mises en relation avec les objectifs d'apprentissage du cours, les stratégies pédagogiques utilisées ainsi que le type d'évaluation prévue au plan de cours avec les critères d'évaluation qui y sont rattachés dans la grille d'évaluation du cours. À ces données, nous avons ajouté « l'exemple

parfait » afin de préciser certains contenus qui nous ont semblé imprécis. Les données recueillies au moyen des grilles d'analyse 1 et 2 dressent le portrait de la planification de l'enseignement des connaissances devant être développées afin de poser un jugement clinique, le constat d'évaluation, à travers les deux premières étapes de la démarche de soins.

Nous constatons premièrement que certaines connaissances déclaratives nécessaires pour réaliser la première étape de la démarche de soins ne font pas partie des contenus du cours, mais font le lien avec des notions enseignées antérieurement dans le programme. Aussi, d'autres contenus mentionnés dans le plan-cadre ne sont pas enseignés dans le cours analysé, mais plutôt dans des cours des sessions antérieures à la troisième session ou de façon concomitante dans un autre cours. C'est-à-dire que ces connaissances sont nécessaires afin de remplir le gabarit de la démarche de soins mais elles ne sont pas enseignées formellement dans le cours analysé *Soins infirmiers en médecine-chirurgie II et pédiatrie* (180-23A-RL) mais plutôt dans un cours concomitant *Situations cliniques en médecine-chirurgie* (180-085-RL) durant la troisième session. On peut le constater en se référant à la *Grille d'analyse 1* concernant les connaissances déclaratives, mais aussi pour les connaissances procédurales et conditionnelles. Prenons, par exemple, pour les connaissances procédurales, l'objectif d'apprentissage *Procéder à l'examen clinique* (1.2). Ce contenu est enseigné en deuxième session dans le cadre du cours *Méthodes d'évaluation, de soins et pharmacothérapie II* (180-055-RL). Toutefois, lorsqu'on consulte le plan-cadre et le plan de cours, ce contenu apparaît pour le cours *Soins infirmiers en médecine-chirurgie II et pédiatrie* (180-23A-RL) analysé dans la

grille. Il est alors difficile de discerner ce qui a déjà été enseigné formellement et qui doit être réinvesti de ce qui constitue un contenu nouveau à développer.

Deuxièmement, nous remarquons une incongruence entre l'objectif d'apprentissage *Rédiger le plan de soins et de traitements infirmiers* (2.2) de la *Grille d'analyse 2*, mis en relation avec les contenus : reconnaissance des besoins et des attentes de la personne et sa famille et sélection d'un problème infirmier chez la personne. Tel qu'illustré à la figure 1 du deuxième chapitre, l'objectif d'apprentissage correspondant à la rédaction du plan de soins et de traitements infirmiers appartient à l'étape 3 de la démarche de soins : *planification des soins*. Toutefois, les contenus *reconnaissance des besoins et des attentes de la personne et sa famille* et *sélection d'un problème infirmier chez la personne* correspondent plutôt à l'étape 2 de la démarche de soins : *analyse et interprétation*.

Troisièmement, en ce qui a trait aux critères de la grille d'évaluation du stage, ils sont en lien avec les objectifs d'apprentissage du cours. Il est aussi prévu que l'étudiant ou l'étudiante bénéficie d'une évaluation formative hebdomadaire tout au long de son stage avant d'être évalué de façon sommative à la fin du stage. Ces pratiques sont compatibles avec les principes soutenant une évaluation cohérente des apprentissages.

À la lumière de ces constations, il semble que les contenus auraient intérêt à être clarifiés pour chaque cours afin de bien déterminer ce qui constitue un nouveau contenu de ce qui a déjà été enseigné et doit être réinvesti dans la pratique.

1.3 Les stratégies pédagogiques et les stratégies cognitives pertinentes au développement de chaque catégorie de connaissances

Comme nous l'avons défini au deuxième chapitre, une stratégie d'apprentissage constitue une catégorie d'actions métacognitives ou cognitives qui sont choisies afin d'effectuer des opérations en fonction d'un objectif d'apprentissage précis. Les stratégies sont donc choisies en fonction des objectifs visés. Une stratégie pédagogique est donc un ensemble de stratégies d'enseignement et d'apprentissage planifiées afin de réaliser les apprentissages visés. Nous nous attardons ici sur les stratégies pédagogiques identifiées au plan de cours, en fonction des stratégies cognitives pertinentes au développement de chaque catégorie de connaissance ayant été identifiées au deuxième chapitre. Nous constatons alors dans les *grilles d'analyse 1 et 2*, en regard des stratégies pédagogiques utilisées en lien avec les objectifs d'apprentissage, qu'il est difficile d'en déduire avec précision les stratégies cognitives sollicitées. Les stratégies pédagogiques mentionnées sont plutôt vagues telles qu'« échanges prof-étudiant » ou « recherche personnelle » ce qui ne permet pas d'identifier quelles stratégies cognitives sont réalisées dans l'activité. D'autres stratégies pédagogiques telles que la « simulation clinique haute-fidélité » ou le « stage clinique » peuvent englober plusieurs stratégies cognitives dans une même activité d'apprentissage.

En regard du tableau 2 (Exemples de stratégies d'apprentissage en fonction des stratégies cognitives nécessaires au développement des différentes catégories de connaissances) présenté au deuxième chapitre, nous pouvons toutefois identifier certaines

stratégies cognitives utilisées en lien avec les contenus et les opérations demandées à travers le gabarit de la démarche de soins.

1.3.1 La stratégie pédagogique visant l'atteinte des objectifs d'apprentissage en lien avec l'étape 1 de la démarche de soins

Concernant les connaissances déclaratives à l'étape 1 de la démarche de soins, nous pouvons relever, à l'aide des contenus enseignés et des opérations demandées dans le gabarit de la démarche de soins, un certain nombre de stratégies cognitives utilisées, même si elles ne sont pas nommées explicitement. Les éléments *Recherche personnelle*, *consultation de dossiers actuels et antérieurs* et *Écoute d'un rapport et validation* nommés comme stratégies pédagogiques sont susceptibles de mobiliser des stratégies cognitives d'élaboration et d'organisation telle que résumer, énumérer, regrouper, classer. En nous référant au tableau 2 du deuxième chapitre, nous pouvons affirmer que si et seulement si ces stratégies cognitives sont réalisées, elles constituent des stratégies adéquates dans un contexte où l'on mobilise des connaissances déclaratives.

En analysant maintenant les stratégies pédagogiques utilisées pour mobiliser les connaissances procédurales, toujours à l'étape 1 de la démarche de soins, il est possible d'identifier une seule stratégie cognitive utilisant la procéduralisation. En regard des deux stratégies pédagogiques « simulation clinique haute-fidélité (SCHF) » et « stage clinique » nommées au plan de cours, nous pouvons affirmer qu'elles peuvent solliciter la stratégie cognitive « pratiquer la procédure entière » faisant partie des stratégies de procéduralisation. Cette stratégie cognitive est adéquate pour développer une connaissance procédurale, mais il est préférable de débiter par des stratégies cognitives

moins complexes au début de l'apprentissage de connaissances procédurales telles que « trouver un exemple et le suivre étape par étape, faire une liste des étapes à suivre, pratiquer de petites étapes à la fois », décrites au tableau 2. Toutefois, l'enseignement formel des méthodes de soins utilisées dans ce cours fait partie d'un cours concomitant utilisant la pratique en laboratoire correspondant davantage à l'utilisation de stratégies cognitives moins complexes et pertinentes au développement de connaissances procédurales telles la composition et la procéduralisation.

Toujours pour les connaissances procédurales, deux autres stratégies pédagogiques sont énumérées : « échange prof-étudiant » et « enseignement clinique 2 ». À notre avis, ces stratégies auraient intérêt à être précisées pour clarifier les stratégies cognitives qui seront utilisées concrètement.

Du côté des connaissances conditionnelles, les stratégies pédagogiques nommées au plan de cours sont : « enseignement clinique 2 » et « simulation clinique haute-fidélité (SCHF) ». Selon nous, il est possible d'utiliser des stratégies cognitives de généralisation comme : « rechercher des raisons ou une explication pour lesquelles une action particulière est appropriée » ou de discrimination comme « rechercher des raisons ou une explication pour lesquelles une action particulière n'est pas appropriée » lors de la SCHF. Toutefois, il nous est impossible d'affirmer que la stratégie pédagogique « enseignement clinique 2 » utilise des stratégies cognitives adaptées au développement de connaissances conditionnelles. Il serait important, à notre avis, de clarifier cette stratégie pédagogique afin de comprendre ce qu'elle demande à l'étudiant ou l'étudiante d'utiliser comme stratégies cognitives.

En ce qui concerne les stratégies pédagogiques choisies afin de réaliser les objectifs d'apprentissage du cours *Soins infirmiers en médecine-chirurgie II et pédiatrie* (180-23A-RL) en lien avec la première étape de la démarche de soins, nous pouvons affirmer qu'en regard des stratégies cognitives planifiées, il est difficile de les identifier puisqu'elles ne sont pas nommées explicitement. Nous retrouvons des stratégies pédagogiques qui semblent solliciter des stratégies cognitives pertinentes au développement des différentes catégories de connaissances, mais elles ne sont pas nommées clairement.

1.3.2 Les stratégies pédagogiques visant l'atteinte des objectifs d'apprentissage en lien avec l'étape 2 de la démarche de soins

Portons maintenant notre attention sur la *Grille d'analyse 2*. La SCHF est nommée comme stratégie pédagogique mobilisant les connaissances déclaratives. Il est possible d'affirmer que la SCHF peut permettre d'utiliser des stratégies cognitives d'organisation telles que : énumérer, classifier, comparer lors du traitement des données. Toutefois, nous pouvons affirmer que cette stratégie pédagogique est adéquate dans un contexte où les connaissances devant être mobilisées ont été enseignées formellement dans le cadre d'un cours antérieur ou concomitant et que des stratégies d'élaboration ont d'abord été utilisées pour développer les connaissances. Autrement, l'apprentissage de connaissances déclaratives dans un contexte de SCHF présenterait un niveau de difficulté trop élevé et, par conséquent, représenterait une stratégie pédagogique inadéquate à la catégorie de connaissances à développer.

En ce qui concerne les connaissances procédurales de la deuxième étape de la démarche de soins, les stratégies pédagogiques « recherche personnelle » et « échange prof-étudiant » sont répétées. Elles sont pour nous difficiles à interpréter en termes de stratégies cognitives et, par conséquent, bénéficieraient à être précisées. Il en est de même lorsqu'on les retrouve comme stratégies pédagogiques utilisées pour la mobilisation des connaissances conditionnelles.

Toutefois, la stratégie pédagogique utilisant la SCHF peut être utilisée pour développer des connaissances conditionnelles, car elle demande à l'étudiant ou l'étudiante d'utiliser des stratégies cognitives de généralisation et de discrimination telles que a) faire des hypothèses, b) trouver des raisons pour lesquelles un exemple donné est un exemple du concept, c) rechercher des raisons ou des explications pour lesquelles une action particulière est appropriée, d) faire des hypothèses, e) trouver des raisons pour lesquelles un exemple donné n'est pas un exemple du concept, f) rechercher des raisons ou des explications pour lesquelles une action particulière n'est pas appropriée, g) trouver les différences. Cette stratégie est appropriée au développement de connaissances conditionnelles.

En ce qui concerne les stratégies pédagogiques choisies afin de réaliser les objectifs d'apprentissage du cours *Soins infirmiers en médecine-chirurgie II et pédiatrie* (180-23A-RL) en lien avec la deuxième étape de la démarche de soins, tout comme pour l'étape 1 de la démarche de soins, nous pouvons affirmer qu'en regard des stratégies cognitives planifiées, il est difficile de les identifier puisqu'elles ne sont pas nommées explicitement. Nous retrouvons la SCHF comme stratégie pédagogique qui semble

solliciter des stratégies cognitives pertinentes au développement des différentes catégories de connaissances, mais les stratégies cognitives auraient intérêt à être identifiées plus clairement en lien avec cette stratégie pédagogique.

1.3.3 L'utilisation de la démarche de soins comme stratégie pédagogique

En ce qui concerne la stratégie pédagogique « utilisation des outils de démarche de soins » qui apparaît à la *Grille d'analyse 2*, cette stratégie est mise en relation avec l'étape d'analyse et d'interprétation lorsqu'il s'agit de reconnaître les besoins et les attentes de la personne et de sa famille et de sélectionner un problème infirmier. Effectivement, si l'on s'attarde aux stratégies cognitives nécessaires à la réalisation de l'étape 2 de la démarche de soins, nous pouvons affirmer que les connaissances conditionnelles sont mobilisées à travers des opérations de généralisation et de discrimination, par exemple, lors de la formulation d'hypothèses et la détermination du problème/besoin. Toutefois, cette stratégie pédagogique ne devrait pas se retrouver uniquement en lien avec l'étape 2 de la démarche de soins, mais bien en lien avec tous les objectifs d'apprentissage qui concernent la réalisation des cinq étapes de la démarche. Son utilisation en soi constitue une stratégie d'apprentissage mobilisant différentes stratégies cognitives au fur et à mesure de la réalisation de ses cinq étapes.

1.3.4 Un « exemple parfait » pour illustrer les opérations cognitives

Analysons maintenant un « exemple parfait », que nous présentons à l'annexe H, en observant, page par page, les opérations demandées dans le gabarit de la démarche de soins. Cet exemple nous aidera à concrétiser les contenus nommés au plan de cours.

En regard des catégories de connaissances mobilisées pour réaliser la démarche de soins, on peut affirmer que les stratégies cognitives *résumer* et *énumérer*, sont utilisées à l'étape 1 lors de la « recherche de la pathologie » mobilisant des connaissances déclaratives. La partie « génogramme et écocarte » demande ensuite de traiter l'information en identifiant la sorte de liens entre les parties d'un réseau représentant une stratégie cognitive d'organisation propice à l'apprentissage de connaissances déclaratives. Au niveau de la section « situation actuelle », les données sont alors traitées en utilisant aussi des stratégies cognitives d'organisation telles que *regrouper* et *classifier*. Sans être inscrit formellement, à cette section de la collecte de données, l'étudiant ou l'étudiante doit déterminer quelles données seront pertinentes pour sélectionner ces données et dresser un portrait de la situation. Reprenons « l'exemple parfait » de l'annexe H. Dans cette situation, les connaissances déclaratives permettent d'établir un lien entre la chirurgie du genou et la surveillance des signes neurovasculaires. Toutefois, pour être en mesure de relever ces données neurovasculaires, l'étudiant ou l'étudiante doit être en mesure d'effectuer la procédure d'examen physique nécessaire pour recueillir les informations. Les connaissances procédurales sont alors sollicitées pour effectuer l'examen physique de façon adéquate. La stratégie cognitive de procéduralisation est utilisée afin de pratiquer la procédure entière auprès de la personne et ainsi compléter la collecte des données.

Les connaissances conditionnelles sont ensuite mobilisées pour faire *l'Analyse et l'interprétation des données et établir le constat d'évaluation*. À la lumière du cadre de référence élaboré au chapitre 2, les connaissances conditionnelles sont contextuelles et

sont reliées à une séquence de conditions : plusieurs *si* menant à une action *alors*. C'est donc à l'aide des données recueillies dans la collecte de donnée, les *si*, que l'étudiant ou l'étudiante est en mesure d'établir le constat d'évaluation représentant le *alors*. Dans notre « exemple parfait » de l'annexe H : si les signes neurovasculaires ne démontrent pas d'éléments inquiétants, si le pansement ne dénote pas d'hémorragie, si les signes vitaux sont stables, si la douleur est bien contrôlée par la médication et si une rétention urinaire est survenue nécessitant un cathétérisme vésical, alors le constat d'évaluation ciblera comme problème prioritaire la rétention urinaire. Des stratégies cognitives de généralisation et de discrimination seront alors utilisées pour formuler et valider ou infirmer des hypothèses qui alimentent le problème. Toutefois, nous remarquons que la validation ou la réfutation des hypothèses n'est pas illustrée dans la démarche de soins. L'étudiant ou l'étudiante ne démontre pas explicitement les raisons qui motivent le rejet ou l'adoption des hypothèses. Il nous apparaît que cette étape gagnerait à être davantage explicite pour illustrer les liens entre les *si* et le *alors*.

Mis à part le bénéfice de développer davantage la partie sur les hypothèses, nous constatons que la nécessité d'illustrer les contenus à l'aide d'un exemple présente, selon nous l'expression d'outils pédagogiques répétitifs et imprécis. La clarification doit se faire au niveau des contenus déjà traités dans les cours antérieurs ou concomitants par rapport aux contenus du cours concerné. Les contenus mentionnés gagneraient à être clarifiés, d'une part, et à être divisés selon les catégories de connaissances pour ainsi faciliter le choix des activités d'apprentissage pertinent. Ainsi, l'enseignant ou

l'enseignante serait plus facilement en mesure de savoir précisément ce qui doit être enseigné et quelles stratégies cognitives seront pertinentes.

2. L'ALIGNEMENT CURRICULAIRE ET L'APPROCHE-PROGRAMME

Afin de poursuivre le deuxième objectif de l'essai, nous présentons ici les données recueillies à l'aide de la *Grille d'analyse de l'alignement curriculaire* présentée à l'annexe G. Nous mettrons en relation la planification de l'utilisation du gabarit de la démarche de soins avec les compétences visées pour chaque cours prévu au cursus de formation. Nous mettrons aussi en relation les contenus reliés au plan thérapeutique infirmier (PTI) et nous ferons le lien avec la démarche de soins et le jugement clinique dans notre analyse.

2.1 L'utilisation de la démarche de soins à travers le programme Soins infirmiers

Bien qu'elle ait été définie précédemment au deuxième chapitre, rappelons que l'approche-programme consiste à s'assurer que des liens fonctionnels existent entre chaque cours du programme dans le but commun de développer les macrocompétences du profil du diplômé et de faire en sorte que toutes les activités d'apprentissage faisant partie du programme contribuent d'une manière planifiée, organique, efficace et cohérente à la réalisation des objectifs du programme. C'est dans cette perspective que nous avons réalisé notre analyse.

Pour le programme Soins infirmiers du Cégep de Rivière-du-Loup, nous remarquons tout d'abord que la démarche de soins est mise en relation avec le

développement de toutes les compétences dites « intervenir auprès de [différentes clientèles] » tout au long de cinq des six sessions du programme. Elles ont été présentées au premier chapitre. La seule autre compétence mise en relation avec la démarche de soins concerne la compétence *Se référer à une conception de la discipline infirmière pour définir sa pratique professionnelle* (01Q3). Cette compétence est développée à un niveau terminal en première session du programme. Le cours relié à cette compétence présente la démarche de soins complète en décortiquant les cinq étapes à réaliser.

Nous constatons toutefois que malgré l'apprentissage des cinq étapes de la démarche de soins en première session du programme de formation, la démarche de soins n'est pas reprise en entier dans les cours suivants (voir la liste des cours en annexe A). On la morcèle en appliquant seulement les deux premières étapes lors du cours de deuxième session (180-047-RL), et ensuite les trois premières étapes lors des cours de troisième (180-23A-RL) et quatrième session (180-135-RL et 180-116-RL). Ce n'est qu'à la cinquième (180-25D-RL et 180-148-RL) et sixième session (180-21B-RL) du programme que la démarche de soins est reprise en entier dans le cadre des cours et appliquée dans des situations réelles en stage. Il s'est alors passé trois sessions de formation complète sans réutiliser les étapes 4 et 5 dans le gabarit de la démarche de soins avant de les voir réapparaître dans les travaux demandés à l'étudiant ou l'étudiante.

Le morcellement de l'utilisation de la démarche de soins semble avoir été justifié par une gradation de la complexité de la tâche à accomplir. À première vue, il est louable de débiter l'apprentissage par des concepts plus simples vers des concepts plus complexes au fur et à mesure du développement des connaissances. Toutefois, cette

gradation doit être considérée en fonction des contenus et des objectifs d'apprentissage visés. Si l'on reprend le cours de troisième session (180-23A-RL) que nous avons analysé à l'aide des *grilles d'analyse 1 et 2*, nous pouvons relever au plan de cours que bien que seulement les trois premières étapes de la démarche de soins soient réalisées lors de ce stage, les objectifs d'apprentissage visent tout de même des éléments qui font partie des étapes *Réalisation des soins* (4) et *Évaluation des résultats* (5) tels que : *Administrer les soins planifiés en respectant les principes* (3.1) ou *Apprécier l'efficacité de ses interventions* (4.1). C'est donc dire qu'on demande à l'étudiant ou l'étudiante d'appliquer ces étapes en pratique, mais de ne pas les réaliser sur papier, les jugeant trop complexes. Nous relevons ici une incohérence marquée puisque le gabarit de la démarche de soins est un outil qui sert à modeler la pensée durant l'apprentissage et qu'il sera délaissé dans le futur, lorsque l'infirmier ou l'infirmière aura intégré à sa pratique le processus de réflexion qui mène au jugement clinique. Il devient alors incohérent de demander à l'étudiant ou l'étudiante de planifier des soins, de les réaliser et d'en apprécier l'efficacité sans le soutien du gabarit de la démarche de soins au début de sa formation. D'autant plus que les cinq étapes seront réalisées à l'aide du gabarit de la démarche de soins en troisième année de formation.

De plus, nous remarquons que les compétences « intervenir » 01QJ et 01QH (voir annexe A) sont développées à un niveau terminal en quatrième session du programme pour les cours *Soins infirmiers en médecine-chirurgie III et pédiatrie* (180-135-RL) et *Soins infirmiers en périnatalité* (180-116-RL). Toutefois, la planification prévoit d'utiliser comme outil pédagogique, pour développer ces compétences, les trois premières

étapes de la démarche de soins seulement. Est-ce donc dire qu'intervenir auprès des clientèles pédiatriques et de périnatalité ne nécessite pas d'analyser la réalisation des soins et l'évaluation des résultats ? C'est pourtant ce que les étapes 4 et 5 du gabarit de la démarche de soins permettent à l'étudiant ou l'étudiante de décrire.

Il nous apparaît donc que l'approche-programme n'est pas respectée en terme de planification en ce qui a trait à la cohérence des activités d'apprentissage en lien avec la démarche de soins afin de contribuer à la réalisation des objectifs du programme. De prime abord, il semble y avoir une progression, mais au contraire, si l'on considère que le gabarit de la démarche de soins est un outil de soutien à la réflexion qui mène au jugement clinique, il devrait être utilisé de façon complète pour les débutants ou les débutantes. Ainsi, l'étudiant ou l'étudiante pourra parvenir à l'intégrer dans sa pratique et y avoir de moins en moins recours au fur et à mesure qu'il atteint la compétence durant sa formation. À notre avis, la planification liée au morcellement de l'utilisation du gabarit de la démarche de soins va à l'encontre d'une progression planifiée de la maîtrise des compétences par l'étudiant ou l'étudiante dans une approche-programme.

Mettons maintenant en relation les outils pédagogiques de la démarche de soins avec les outils utilisés dans les milieux cliniques afin de comprendre les liens qu'ils ont entre eux.

2.2 Les outils pédagogiques ayant un lien avec la démarche de soins et le jugement clinique

Au premier chapitre, la description de la problématique a mis en lumière, entre autres, que certains étudiants et étudiantes ne comprennent pas l'utilité de la démarche de soins comme outil de réflexion menant au jugement clinique. La réalité que représente le milieu de travail en opposition au contexte plus théorique de la démarche de soins comme outil de jugement clinique nous amène à porter un regard sur les autres outils utilisés en stage et leurs relations entre eux. Nous présenterons deux documents qui font appel au jugement clinique et qui font davantage partie de la réalité terrain : la feuille d'attribution et le plan thérapeutique infirmier (PTI). Ils sont présentés respectivement aux annexes B et D.

2.2.1 La feuille d'attribution

La feuille d'attribution consigne les éléments pertinents de la collecte de données sélectionnés à l'étape 1 de la démarche de soins ainsi que les soins et les traitements à effectuer pour une journée qui sont reliés à l'étape 3 de la démarche de soins. Ces éléments sont utilisés pour élaborer un plan de travail lors du stage en milieu clinique. De plus, on y retrouve les informations transmises au rapport interservices qui rendent compte de l'évaluation en cours d'évolution et nécessitent d'assurer un suivi. Ce document est utilisé pour chacun des stages cliniques de la première à la sixième session du programme Soins infirmiers. Le gabarit de la feuille d'attribution est présenté à l'annexe B.

2.2.2 *Le plan thérapeutique infirmier*

Le plan thérapeutique infirmier (PTI) dresse le profil clinique évolutif des problèmes et des besoins prioritaires de la personne soignée. Il est déterminé et ajusté par l'infirmier ou l'infirmière à partir de son évaluation clinique et consigné au dossier du client. Il fait également état des directives infirmières données en vue d'assurer un suivi. Ce document est présenté à l'annexe D. Selon l'OIIQ (2017), « le PTI rend facilement accessibles les décisions cliniques prises par l'infirmière à partir de son évaluation – des décisions qui sont cruciales pour le suivi clinique du client ». Le PTI est en fait, la formulation des constats d'évaluation de l'infirmier ou de l'infirmière et la planification des interventions spécifiques pour cette personne pour pallier aux besoins/problèmes identifiés à partir de son jugement clinique. Il assure le suivi clinique de la personne soignée, notamment, sur la surveillance clinique, les soins et les traitements. L'utilisation du PTI est enseignée dès la première session du programme Soins infirmiers et des objectifs d'apprentissage lui sont reliés en lien avec les compétences « intervenir » à toutes les sessions du programme au Cégep de Rivière-du-Loup.

2.2.3 *L'utilisation de la démarche de soins, du PTI et de la feuille d'attribution en milieu de travail*

Concrètement, dans les milieux cliniques, la démarche de soins n'est pas effectuée sur papier par les infirmiers et les infirmières : c'est un processus mental qui mène aux constats d'évaluation. Le constat d'évaluation est inscrit directement sur le PTI dans la section problèmes/besoins. La démarche de soins fait partie intégrante du savoir-faire de l'infirmière ou de l'infirmier et c'est le PTI qui fait foi du constat d'évaluation et de la

planification de soins spécifique aux constats établis (étapes 2 et 3 de la démarche de soins). Le PTI permet de consigner les informations cruciales afin d'assurer un suivi quant à la planification et la réalisation des soins (étapes 3 et 4 de la démarche de soins), à l'évaluation des résultats et au suivi nécessaire (étape 5 de la démarche de soins) malgré une rotation du personnel infirmier. Concrètement lors des stages, ces directives inscrites au PTI doivent se retrouver sur la feuille d'attribution qui est l'outil de planification des soins pour le quart de travail de l'infirmier ou l'infirmière. Toutefois, la feuille d'attribution utilisée au Cégep de Rivière-du-Loup ne fait jamais référence au PTI pour intégrer dans la planification des soins les directives qui y sont déterminées. Les directives sont inscrites dans la section planification des soins sans qu'il y ait de mention explicite que ces éléments en font partie. Nous présentons au tableau 4 les éléments communs de ces outils.

Tableau 4
Étapes de la démarche de soins reliées aux éléments nécessaires pour compléter la feuille d'attribution et le plan thérapeutique infirmier (PTI)

Étapes de la démarche de soins	Éléments communs avec la feuille d'attribution	Éléments du PTI
1. Collecte de données	Renseignements personnels Activités de la vie quotidienne Signes vitaux Médication Complications et éléments de surveillance Examen physique	
2. Analyse et interprétation		Constats d'évaluation
3. Planification des soins	Planification-traitement	Directives infirmières
4. Exécution des interventions		

Dans la réalité, il est fréquent d'identifier plus d'un problème ou besoin pour chaque personne soignée. Toutefois, dans la pratique, il n'est pas usuel que l'enseignant ou l'enseignante demande à l'étudiant ou l'étudiante d'illustrer chacun des problèmes à travers la démarche de soins. On lui demande plutôt de cibler le problème prioritaire. Par conséquent, il peut être difficile pour celui-ci ou celle-ci de rédiger ensuite le PTI. Ce lien entre la démarche de soins et la rédaction du PTI est selon nous, difficile à saisir pour l'étudiant ou l'étudiante puisqu'aucune référence au PTI n'est faite dans le gabarit de démarche de soins lorsqu'il est question d'identifier les besoins/problèmes. Pourtant les besoins/problèmes identifiés qui nécessitent un suivi devront se retrouver au PTI. Ils forment un seul et même constat d'évaluation qu'on les retrouve à l'étape d'analyse et interprétation de la démarche de soins ou au PTI. La démarche de soins sert à guider l'étudiant ou l'étudiante dans sa réflexion pour arriver au constat d'évaluation tandis que le PTI sert d'outil de suivi clinique afin de communiquer le constat d'évaluation aux membres du personnel infirmier. Nous constatons alors que le gabarit de la démarche de soins ne permet pas à l'étudiant ou l'étudiante de faire un lien systématique entre les problèmes/besoins identifiés suite à l'étape d'analyse et interprétation des données de la démarche de soins et la rédaction ou l'ajustement du PTI comme outil de communication des constats et des directives nécessaires au suivi de la personne soignée.

À la lumière des données recueillies dans la *Grille d'analyse de l'alignement curriculaire*, il apparaît quelques incohérences dans la planification de l'utilisation du gabarit de la démarche de soins et les objectifs d'apprentissage visés selon une approche-

programme. Par exemple, bien qu'en troisième session du programme, il soit planifié au cours 180-23A-RL que seulement les étapes 1 à 3 de la démarche de soins soient réalisées, nous constatons que lorsqu'il est question du PTI, l'étudiant ou l'étudiante doit contribuer à son ajustement. Par conséquent, l'ajustement se réfère aux étapes 2, 3 et 5 de la démarche de soins soient *analyse et interprétation* (2), *planification des soins* (3) et *évaluation des résultats* (5) pour en venir à déterminer si les problèmes/besoins sont résolus ou s'il en est apparu de nouveaux ou si les directives doivent être maintenues, cessées ou modifiées. Il faudrait donc pour ce faire que l'étudiant ou l'étudiante procède aux étapes 3 et 5 de la démarche de soins « dans sa tête » plutôt que sur papier, à l'aide du gabarit de la démarche de soins. Il en va de même pour les deux cours de la quatrième session 180-135-RL et 180-116-RL (voir annexe A).

Nous considérons par ces observations qu'il serait préférable que la planification de l'enseignement, selon une approche-programme, prévoie l'utilisation du gabarit de la démarche de soins dans son entièreté en réalisant les cinq étapes dès le début de la formation et tout au long des deux premières années. Nous croyons que cette modification dans la planification de l'enseignement contribuerait à faciliter la compréhension de l'utilité d'effectuer cette démarche et permettrait de faciliter aussi la rédaction ou l'ajustement du PTI. De plus, nous considérons qu'il serait souhaitable qu'une référence au PTI soit faite dans le gabarit de la démarche de soins à l'étape d'analyse et interprétation des données lorsqu'il est question de déterminer le/les besoins/problèmes ainsi qu'à l'étape de planification des interventions afin de donner une plus grande valeur à l'utilité de la démarche de soins dans la pratique.

La section suivante propose une séquence d'activités d'apprentissage qui pourrait répondre à certains éléments relevés dans l'analyse effectuée aux sections 1 et 2 du présent chapitre.

3. LES STRATÉGIES D'ENSEIGNEMENT/APPRENTISSAGE À RETENIR

Cette section poursuit l'atteinte du troisième objectif de recherche : proposer des stratégies d'enseignement/apprentissage à retenir pour favoriser le développement du jugement clinique chez les étudiants et les étudiantes en Soins infirmiers. Suite à l'analyse d'un plan-cadre et d'un plan de cours à la section 1, nous constatons qu'il est difficile de connaître toutes les activités pédagogiques utilisées au Cégep de Rivière-du-Loup lors de l'enseignement du jugement clinique à l'aide de la démarche de soins. Ainsi, dans une perspective de planification adoptant une approche-programme, nous nous appuyons sur la stratégie d'enseignement explicite décrite au deuxième chapitre ainsi qu'à l'annexe F pour proposer des activités pédagogiques à retenir pour favoriser le développement du jugement clinique à l'aide de la démarche de soins. Nous intégrons donc dans cette planification des activités de modelage, de pratique guidée et de pratique autonome. Certaines de ces activités sont probablement déjà utilisées et d'autres pourraient être développées par les enseignants et les enseignantes.

3.1 Une proposition d'activités pédagogiques dans le cadre d'une stratégie d'enseignement explicite de la démarche de soins

3.1.1 Les compétences et les catégories de connaissances

Tout d'abord, nous avons exposé à la section 2 que les contenus inscrits aux plans-cadres font parfois référence à des contenus déjà enseignés dans d'autres cours, antérieurs ou concomitants, et doivent être réinvestis dans le cours utilisant la démarche de soins dans le cadre d'un stage. Ce sont les connaissances déclaratives et procédurales qui sont enseignées dans la poursuite du développement des compétences *Utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins* (01Q4) et *Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier* (01Q8). Ces connaissances sont ensuite réinvesties, lors du stage clinique, dans des situations réelles de soins afin de parvenir à développer les compétences « intervenir auprès de différentes clientèles » dont nous avons fait la description au deuxième chapitre et ainsi, développer les connaissances conditionnelles.

Nous avons vu précédemment à la section 1 du présent chapitre que les connaissances nécessaires pour arriver à poser un jugement clinique relèvent des connaissances conditionnelles. Selon notre cadre de référence, les stratégies cognitives de généralisation et de discrimination sont efficaces pour développer cette catégorie de connaissances et les emmagasiner dans la mémoire à long terme. Toutefois, le développement de connaissances déclaratives et procédurales est préalable au développement des connaissances conditionnelles. Nous avons donc intégré dans notre proposition des activités d'apprentissage sollicitant différentes stratégies cognitives

répondant à chacune des catégories de connaissances. L'annexe I présente un résumé de la proposition.

3.1.2 Les activités d'apprentissage en première année du programme Soins infirmiers

Nous proposons tout d'abord une série d'activités pédagogiques qui pourraient être réalisées en première année de formation en ce qui concerne l'utilisation du gabarit de la démarche de soins. Comme nous l'avons présenté au deuxième chapitre, la stratégie d'enseignement explicite débute toujours par le modelage. Le modelage consiste à exécuter une tâche devant l'étudiant ou l'étudiante tout en expliquant son raisonnement à voix haute. Afin de débiter l'enseignement de la démarche de soins par le modelage, nous proposons de fournir des exemples de démarche de soins à l'aide du gabarit déjà rempli en lien avec des études de cas. Cette activité d'apprentissage est réalisée en décortiquant chacune des étapes devant l'étudiant ou l'étudiante en classe et permet le modelage en utilisant des stratégies cognitives de généralisation. Ces exemples pourraient être fournis dans le cadre du cours *Pratique professionnelle de l'infirmière* (180-015-RL), cours où l'enseignement formel des cinq étapes de la démarche de soins est réalisé pour la première fois.

Comme seconde activité de modelage, nous proposons de fournir des contre-exemples à l'aide du gabarit de la démarche de soins déjà rempli en lien avec des études de cas. Il s'agit, dans cette activité, de relever les erreurs à voix haute devant les étudiants et les étudiantes. Cette deuxième activité permet le modelage en utilisant la discrimination comme stratégie cognitive. Cette activité pourrait être réalisée dans le cadre du cours

Soins infirmiers en médecine-chirurgie I (180-047-RL), à la deuxième session de formation, développant la compétence *Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier* (01Q8) en lien avec des études de cas reliées aux pathologies enseignées. Cette activité devrait être réalisée avant de passer au stage clinique.

Comme troisième activité d'apprentissage utilisant le modelage, nous proposons de fournir un organisateur graphique spécifiant les liens entre les différentes étapes de la démarche de soins et la pratique clinique incluant le rôle de la démarche de soins en lien avec le PTI et la feuille d'attribution. Un organisateur graphique peut prendre la forme d'un schéma ou d'un réseau de concepts aussi appelé carte conceptuelle. L'organisateur graphique fournit une représentation visuelle des connaissances, concepts ou idées dans un ordre cohérent afin de démontrer les liens qu'ils ont entre eux. L'enseignant ou l'enseignante doit démontrer et expliquer les liens présentés dans l'organisateur graphique devant les étudiants ou les étudiantes, en classe. Cette activité pourrait être réalisée lors des heures théoriques consacrées à l'enseignement de la démarche de soins en préparation au stage clinique de deuxième session.

Tout au long de ces activités d'apprentissage, la stratégie d'enseignement explicite nous dicte de vérifier la compréhension des étudiants et étudiantes en leur posant des questions. Nous proposons alors d'intégrer de façon régulière, lors des activités d'apprentissage proposées, des moments pour poser des questions orales adressées à tout le groupe. Aussi, afin de valider la compréhension des étudiants et étudiantes de façon

individuelle, des questions sous forme de minitests avec réponses écrites ou à l'aide d'outils électroniques, devraient être utilisées.

De plus, afin de respecter la stratégie d'enseignement explicite, il est conseillé d'effectuer des activités de révision fréquentes et régulières. Dans un esprit de révision fréquente, l'utilisation d'organiseurs graphiques proposée ci-haut comme troisième activité d'apprentissage devient utile pour revoir les notions concernant la démarche de soins dans le cadre de l'activité de révision prévue à la deuxième session, avant le début des stages. Cette activité d'apprentissage utilisant la stratégie cognitive d'organisation permet de faire le lien entre les connaissances déclaratives et procédurales nécessaires afin de développer des connaissances conditionnelles et parvenir à poser un jugement clinique. De plus, l'organisateur graphique pourrait être repris lors de l'activité prévue au plan de cours appelée « enseignement clinique ». Nous proposons, dans cet esprit de révision fréquente, de maintenir la rétroaction hebdomadaire sur la réalisation de la démarche de soins qui est déjà planifiée aux plans de cours dans le cadre de tous les stages cliniques du programme.

Par la suite, toujours lors de l'activité « enseignement clinique » prévue au plan de cours, les étudiants et étudiantes pourraient partager leurs travaux concernant une démarche de soins réalisée en stage. Cette activité d'apprentissage permet de donner son avis sur le travail d'un ou d'une collègue dans le cadre de la pratique guidée et d'utiliser des stratégies cognitives de discrimination. Il faut appliquer les connaissances en contexte et enseigner aux étudiants et étudiantes comment penser de manière déductive puis prévoir des moments de pratique guidée afin de généraliser les apprentissages. L'étudiant

ou l'étudiante poursuit ensuite ses apprentissages par la pratique autonome du jugement clinique à l'aide du gabarit de la démarche de soins chaque semaine de stage. Elle ou il est alors exposé à des situations plus complexes nécessitant des ajustements de sa part et bénéficie d'une rétroaction hebdomadaire de la part de son enseignant ou de son enseignante sur les travaux réalisés.

3.1.3 Les activités d'apprentissage en deuxième année du programme Soins infirmiers

En deuxième année du programme, un organisateur graphique peut servir de révision des éléments importants de la démarche de soins. Ce sera alors l'étudiant ou l'étudiante qui devra inscrire les liens et organiser les concepts à l'aide d'une liste fournie par l'enseignant ou l'enseignante en sollicitant la stratégie cognitive d'organisation. Par la suite, les organisateurs graphiques peuvent être comparés et discutés en équipe de deux ou trois. Cette façon de faire suit les principes de la pratique guidée qui dicte de retirer progressivement les dispositifs d'étayage afin de suivre la progression de la maîtrise des contenus par l'apprenant ou l'apprenante. Des pratiques guidées de l'utilisation du gabarit de la démarche de soins devraient être maintenues dans les cours de deuxième année développant la compétence *Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier* (01Q8) en utilisant des études de cas en lien avec les pathologies enseignées. La pratique autonome de l'application de la démarche de soins se poursuit lors des stages cliniques subséquents avec des clientèles présentant des situations de soins de plus en plus complexes ainsi que les rétroactions hebdomadaires. Nous respectons ainsi les principes de stratégie d'enseignement explicite puisqu'il faut être exposé plusieurs fois à un contenu

d'apprentissage afin de l'emmagasiner dans la mémoire à long terme et c'est à travers les pratiques répétées que cela devient possible.

3.1.4 Les activités d'apprentissage en troisième année du programme Soins infirmiers

En troisième année du programme Soins infirmiers, les étudiants et étudiantes poursuivent la pratique autonome du jugement clinique à l'aide du gabarit de la démarche de soins pour les stages cliniques de cinquième session. Par la suite, ils ou elles terminent leur formation en n'ayant plus recours au gabarit de la démarche de soins, mais en s'exerçant à poser un jugement clinique sur une situation de soins en le justifiant verbalement à son enseignant ou son enseignante, lors des stages cliniques de sixième session.

Tout au long de la formation, la rétroaction permet à l'étudiant ou l'étudiante de comparer sa performance au modèle « d'un expert ou d'une experte » soit l'enseignant ou l'enseignante. Cette activité d'apprentissage permet alors d'utiliser les stratégies cognitives d'automatisation de la procédure de démarche de soins.

Dans cette proposition, la planification de l'enseignement du jugement clinique à l'aide de la démarche de soins adoptant une stratégie d'enseignement explicite permet une progression de l'étudiant ou l'étudiante dans son autonomie à faire face à des situations de plus en plus complexes en retirant progressivement les dispositifs d'étayage prévus lors du modelage, de la pratique guidée et de la pratique autonome. Il est aussi prévu d'effectuer des révisions et des pratiques guidées et autonomes fréquentes afin de parvenir à une automatisation de la procédure de la démarche clinique en sollicitant des

stratégies cognitives de composition, mais aussi parvenir à développer des connaissances conditionnelles en utilisant des stratégies de généralisation et de discrimination. Par conséquent, l'adoption de cette stratégie d'enseignement explicite favorisera le développement des connaissances nécessaires à la maîtrise de la démarche de soins et au développement du jugement clinique.

4. L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Nous discuterons dans cette section du sens et de la portée des résultats obtenus suite à l'analyse des données en fonction des trois objectifs poursuivis dans cette recherche en lien avec la problématique de départ. Nous ferons ressortir les forces et les limites de l'essai pour chacun des objectifs poursuivis.

4.1 Les résultats de l'analyse et les limites de la recherche

4.1.1 *Les résultats de l'analyse portant sur le premier objectif de recherche*

Le premier objectif poursuivi a été d'analyser le matériel pédagogique utilisé pour l'enseignement des connaissances nécessaires pour poser un jugement clinique à l'aide de la démarche de soins. Il a été difficile de déterminer quelles connaissances sont enseignées de façon formelle pour atteindre les objectifs d'apprentissage à partir des contenus qui sont mentionnés en analysant le plan-cadre et le plan de cours ciblés à la troisième session du programme pour l'enseignement du jugement clinique à l'aide de la démarche de soins. Ces documents sont volumineux et à la fois détaillés et vagues. De plus, il a été quasi impossible de déterminer les activités d'apprentissage réalisées en fonction des stratégies pédagogiques mentionnées dans ces documents. Nous nous

sommes heurtés à des éléments qui laissent place à interprétation à plusieurs reprises. Toutefois, en constituant un « exemple parfait » des deux premières étapes de la démarche de soins, il a été possible d'identifier la catégorie de connaissances nécessaires à leur réalisation.

Suite à cette analyse, il apparaît que le gabarit de la démarche de soins sollicite des opérations cognitives adaptées au développement des catégories de connaissances nécessaires à la réalisation de chacune des étapes. Le gabarit de la démarche de soins apparaît constituer un outil pédagogique adéquat pour l'enseignement du jugement clinique. Il demeure néanmoins impossible de connaître de façon précise ni les contenus reliés à la démarche de soins qui sont formellement enseignés dans le cours analysé ni les activités pédagogiques réalisées. Ce constat constitue une limite importante dans la formulation des résultats portant sur le premier objectif de recherche, car il est impossible de se prononcer sur les pratiques réelles d'enseignement. De plus, l'analyse de tous les plans-cadres et plans de cours reliés à l'enseignement du jugement clinique auraient possiblement permis d'éclairer davantage sur les pratiques pédagogiques, mais la charge de travail reliée à l'analyse de tous les cours du programme constituait un fardeau irréaliste pour ce projet d'essai. Par ailleurs, les plans-cadres et les plans de cours du programme Soins infirmiers sont construits sur le même modèle. Malgré une investigation minutieuse de ces documents du programme, il est raisonnable de penser que nous n'aurions pu être plus éclairés.

La décision d'utiliser seulement les deux premières étapes de la démarche de soins dans l'analyse des connaissances nécessaires au jugement clinique a suscité nombre

d'interrogations. Est-ce que le fait de morceler la démarche discrédite l'analyse ? Est-ce qu'il compartimente un tout indissociable ? À notre avis, les deux premières étapes sont suffisantes pour cibler les catégories de connaissances sollicitées pour développer le jugement clinique. Tel qu'expliqué au chapitre 2, en arrivant au constat d'évaluation, résultat de la deuxième étape de la démarche de soins, nous exerçons le jugement clinique et sollicitons des connaissances conditionnelles, catégorie de connaissances la plus complexe à développer. Nous estimons que pour l'analyse des catégories de connaissances sollicitées afin de réaliser la démarche de soins, nous avons démontré que les connaissances conditionnelles sont sollicitées dans le processus de jugement clinique. Cette démonstration est nécessaire afin de rechercher les moyens d'enseigner les connaissances de façon adaptée à leur catégorie, peu importe à quelles étapes elles sont sollicitées.

4.1.2 Les résultats de l'analyse portant sur le deuxième objectif de recherche

Le deuxième objectif de recherche portait sur l'approche programme en regard de l'enseignement du jugement clinique à l'aide du gabarit de la démarche de soins. Nous avons analysé le dispositif de la séquence enseignement/apprentissage de la démarche de soins dans une perspective d'approche programme. Par conséquent, chacun des cours ayant pour objectif d'apprentissage de développer le jugement clinique en utilisant la démarche de soins a été analysé afin d'obtenir une vue d'ensemble des liens entre les cours tout au long du programme Soins infirmiers.

Il est apparu que le morcellement de la démarche de soins planifié afin d'offrir une progression des apprentissages pourrait au contraire, contribuer à certaines difficultés exposées dans la problématique telle qu'une incompréhension de l'utilité de la démarche de soins et la non-reconnaissance des liens entre les cinq étapes constituant un tout cohérent. Il est aussi apparu, concernant la poursuite du premier objectif de recherche, qu'il est impossible de connaître, dans la planification de l'enseignement du jugement clinique selon une approche programme, si les activités pédagogiques planifiées offrent une progression cohérente. En s'appuyant sur la stratégie d'enseignement explicite décrite au chapitre 2, il apparaît que l'utilisation du gabarit de la démarche de soins comme principal outil servant à l'étayage dans l'apprentissage du processus de réflexion menant au jugement clinique n'est pas utilisé de façon adéquate dans une perspective d'approche programme. De plus, il apparaît que le gabarit de la démarche de soins ne facilite pas le lien avec les outils sollicitant le jugement clinique qui sont utilisés dans les milieux de soins.

L'approche programme nécessite une planification et une concertation de la part des enseignants et des enseignantes afin d'offrir une cohérence des activités d'apprentissage. Bien que certaines modifications puissent être effectuées dans la planification de l'enseignement du jugement clinique à l'aide du gabarit de la démarche de soins, il demeure néanmoins des limites dans la réalisation des activités d'apprentissage. Une stratégie pédagogique peut être adoptée dans une approche programme, mais il faut reconnaître, dans l'enseignement, la part d'autonomie des enseignants et des enseignantes qui rend impossible d'imposer les activités pédagogiques

réalisées en classe. L'enseignant ou l'enseignante demeure maître de sa classe et de ce qui s'y passe en y teintant son enseignement de « sa vision » des choses.

4.1.3 Les résultats de l'analyse portant sur le troisième objectif de recherche

Le troisième objectif de recherche consistait à proposer des stratégies d'enseignement/apprentissage à retenir pour favoriser le développement du jugement clinique chez les étudiants et étudiantes en Soins infirmiers. En nous appuyant sur le cadre de référence présenté au chapitre 2, nous avons élaboré une proposition adoptant une stratégie d'enseignement explicite tout en planifiant une séquence d'activités pédagogiques selon l'approche-programme, c'est à dire, arrimant les six sessions du programme Soins infirmiers en regard de l'enseignement du jugement clinique et de l'utilisation du gabarit de la démarche de soins. La proposition intègre toutes les catégories de connaissances à développer et propose des activités d'apprentissage sollicitant des stratégies cognitives adaptées à chacune des catégories de connaissances. Elle prévoit la planification d'un dispositif d'étayage facilitant la réflexion menant au jugement clinique grâce à l'utilisation du gabarit de la démarche de soins en début de formation vers une pratique plus autonome à la fin du cursus de formation.

Tout comme pour le deuxième objectif de recherche, la limite de la proposition répondant au troisième objectif de recherche demeure de reconnaître, dans l'enseignement, la part d'autonomie des enseignants et des enseignantes qui rend impossible d'imposer les activités pédagogiques à réaliser en classe.

CONCLUSION

En guise de conclusion, nous débiterons par un bref résumé de la recherche. Par la suite, nous présenterons les retombées possibles et quelques pistes d'avenir pour l'enseignement du jugement clinique en soins infirmiers.

1. LE RÉSUMÉ DE LA RECHERCHE

Nous avons tout d'abord exposé, au premier chapitre, la problématique qui a soulevé notre intérêt pour cet essai. Cette problématique fait état de la complexité à enseigner le jugement clinique chez les étudiants et étudiantes en Soins infirmiers. Une incompréhension est relevée pour certains étudiants et étudiantes à reconnaître l'utilité du gabarit de la démarche de soins, principal outil utilisé pour enseigner le jugement clinique au programme Soins infirmiers du Cégep de Rivière-du-Loup. Nous observons aussi à l'intérieur même de la réalisation des cinq étapes de la démarche de soins que certains étudiants ou étudiantes ne font pas de liens d'une étape à l'autre, ce qui témoigne des incompréhensions quant au but de la démarche et à l'utilité du gabarit utilisé. De plus, certains étudiants et étudiantes en fin de formation expriment des inquiétudes à propos de leur capacité à poser un jugement clinique et à réussir l'examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Nous nous sommes alors demandé : « Le matériel pédagogique utilisé lors de la démarche de soins permet-il le développement du jugement clinique chez les étudiants et étudiantes en Soins infirmiers du Cégep de Rivière-du-Loup ? ».

C'est à partir de cette question que nous avons construit un cadre de référence basé sur les assises théoriques des recherches en pédagogie cognitive. Nous y avons tout d'abord défini ce qu'est le jugement clinique et les compétences qui y sont reliées en soins infirmiers. La démarche de soins et ses cinq étapes ont ensuite été décortiquées pour identifier la place du jugement clinique dans le processus. Dans un deuxième temps, nous avons présenté les différentes catégories de connaissances qui peuvent être enseignées et par quels moyens, selon la pédagogie cognitive, il devient possible de les enseigner à l'aide de stratégies cognitives adaptées à chaque catégorie de connaissances. Nous avons ensuite retenu la stratégie d'enseignement explicite pour structurer la planification de l'enseignement du jugement clinique à l'aide de la démarche de soins. La stratégie d'enseignement explicite offre présentement les meilleures preuves d'efficacité auprès des étudiants et des étudiantes. Pour avoir une vision plus large de la planification de l'enseignement, nous avons présenté le concept d'approche programme et son rôle dans la planification de l'enseignement du jugement clinique en soins infirmiers.

La méthodologie qui a été utilisée pour cette recherche est qualitative et le devis méthodologique représente une analyse de matériel pédagogique. Il s'agit d'une forme de recherche évaluative.

Finalement, à l'aide des concepts élaborés dans le cadre de référence, nous avons construit des grilles d'analyse afin de décortiquer le matériel pédagogique utilisé dans l'enseignement du jugement clinique à l'aide de la démarche de soins. Ces grilles nous ont permis de répondre aux deux premiers objectifs fixés pour notre recherche. C'est-à-dire, analyser, d'une part, le matériel pédagogique utilisé pour l'enseignement des

connaissances nécessaires pour poser un jugement clinique à l'aide de la démarche de soins. Et d'autre part, analyser le dispositif de la séquence enseignement/apprentissage de la démarche de soins en regard de la cohérence des activités pédagogiques planifiées dans une perspective d'approche-programme. Pour terminer, toujours à l'aide du cadre de référence établi, nous avons formulé une proposition de stratégie d'enseignement/apprentissage de la démarche de soins dans une perspective d'approche-programme en adoptant une stratégie d'enseignement explicite. Cette proposition répondait à notre troisième objectif de recherche.

2. LES RETOMBÉES POSSIBLES ET PISTES D'AVENIR

Les résultats de la recherche offrent des possibilités de modifications dans la planification de l'enseignement du jugement clinique et de la démarche de soins au Cégep de Rivière-du-Loup. Ils permettent aussi de proposer des modifications mineures au gabarit de la démarche de soins afin de le rendre plus signifiant pour l'étudiant ou l'étudiante. Cette section présente les retombées possibles et les pistes d'avenir.

Tout d'abord, en regard des contenus des plans-cadres et plans de cours qui apparaissent difficiles à cerner, nous proposons de les organiser en fonction de la catégorie de connaissances à laquelle ils correspondent. En associant chaque contenu à sa catégorie de connaissances, il sera probablement plus facile de le décrire clairement dans un premier temps et par conséquent, d'identifier plus facilement quelles stratégies cognitives doivent être sollicitées pour enseigner ce contenu dans un deuxième temps.

Ainsi, chacun des contenus pourrait plus facilement être associé à des activités d'apprentissage adaptées à la catégorie de connaissances identifiée.

Du côté du gabarit de la démarche de soins, il est apparu comme un outil adéquat sollicitant des stratégies cognitives pertinentes au développement des connaissances nécessaires au développement du jugement clinique. Toutefois, des modifications mineures pourraient le rendre plus signifiant pour l'apprenant ou l'apprenante. À l'étape 2 de la démarche de soins, le gabarit devrait permettre d'illustrer clairement quelles données sont identifiées comme étant problématiques à travers toutes les données recueillies et ensuite, quels liens ont entre elles les données afin d'illustrer l'interprétation que l'étudiant ou l'étudiante en a faite. Nous relevons aussi que la validation ou la réfutation des hypothèses n'est pas illustrée dans la démarche de soins. L'étudiant ou l'étudiante ne démontre pas explicitement les raisons qui motivent le rejet ou l'adoption des hypothèses. Pour rendre la démarche plus explicite, nous croyons que ces éléments devraient être présents dans le gabarit de la démarche de soins. C'est-à-dire, une section où il serait possible de formuler une justification du constat d'évaluation en reliant les éléments entre eux. Ceci pourrait favoriser la compréhension du rôle de cette étape cruciale dans le processus de raisonnement et le rendre ainsi plus signifiant pour l'étudiant ou l'étudiante.

Une deuxième modification mineure du gabarit de la démarche de soins pourrait être effectuée à l'étape trois de la démarche de soins : *planification des soins*. Il serait utile de prévoir la possibilité d'identifier tous les besoins/problèmes ressortant de l'analyse effectuée à l'étape deux de la démarche de soins plutôt que d'identifier seulement un problème/besoin prioritaire. Par la suite, un lien dans le gabarit entre les

besoins/problèmes identifiés et les constats d'évaluation inscrits au PTI, outil où sont consignés les constats d'évaluation réalisés par l'infirmière ou l'infirmier en milieu clinique, devrait être présent. À ce moment, l'étudiant ou l'étudiante pourra poursuivre la démarche en choisissant un problème/besoin prioritaire pour compléter les étapes subséquentes de la démarche de soins comme il ou elle le fait actuellement. Toutefois, cette modification aura permis de faire le lien avec le PTI et de démontrer qu'il ou elle a tenu compte de tous les besoins/problèmes qui découlent de l'analyse de la situation. Toujours à l'étape 3 de la démarche, un lien pourrait aussi être fait entre les interventions planifiées découlant des besoins/problèmes identifiés et l'outil de travail appelé feuille d'attribution ainsi qu'avec les directives infirmières inscrites au PTI. Ces modifications pourraient permettre à l'étudiant ou l'étudiante de faire des liens concrets entre la démarche qu'il ou elle effectue à l'aide du gabarit et l'application de cette réflexion dans le milieu de travail.

Du côté de la planification de l'enseignement, les résultats de la recherche nous laissent croire qu'en adoptant une stratégie d'enseignement explicite, les activités pédagogiques seront mieux adaptées aux catégories de connaissances à développer, la compréhension de l'utilisation du gabarit de la démarche de soins sera facilitée et la pertinence de l'utilisation de cet outil sera mieux reconnue. En planifiant le modelage, la pratique guidée et la pratique autonome, les étapes de la démarche de soins seront mieux intégrées à la pratique clinique et les étudiants et les étudiantes pourront plus facilement développer leur jugement clinique durant leur formation et se sentir davantage outillés pour réussir leur examen professionnel à l'OIIQ. En utilisant formellement le modelage

en début de formation, le fait de construire ou de valider en équipe départementale des exemples, des contre-exemples et un organisateur graphique permettra aussi à l'équipe d'enseignants et d'enseignantes d'avoir une vision concertée de l'utilisation du gabarit de la démarche de soins et d'avoir les mêmes exigences concernant son utilisation.

En conclusion, l'enseignement du jugement clinique, malgré sa complexité, peut être facilité par l'utilisation d'un gabarit de démarche clinique en adoptant une stratégie d'enseignement explicite dans une perspective d'approche-programme. Cette planification des activités pédagogiques passe tout d'abord par une identification claire des contenus à enseigner et des catégories de connaissances qu'ils sollicitent afin d'identifier les stratégies cognitives pertinentes à utiliser selon la pédagogie cognitive de l'apprentissage. En terminant, nous sommes d'avis que les équipes d'enseignants et d'enseignantes utilisant un gabarit de démarche de soins dans le cadre de l'enseignement du jugement clinique aux programmes Soins infirmiers des Cégeps québécois pourraient bénéficier des résultats d'analyse de cet essai en les adaptant à leur réalité programme.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Assoume-Mende, C. et Gauthier, C. (2014, 28 mars). L'enseignement de l'histoire et de l'éducation à la citoyenneté au secondaire québécois. Proposition d'une autre perspective pour le développement des compétences prescrites par le programme. *Bulletin d'histoire politique*. Repéré à <http://id.erudit.org/iderudit/1024150ar>
- Barbeau, D., Montini, A. et Roy, C. (1997). *Tracer les chemins de la connaissance. La motivation scolaire*. Montréal : Association québécoise de pédagogie collégiale.
- Barriault, L. (2016, 26 avril). *Huit stratégies d'enseignement efficaces selon Hattie et Marzano*. Québec : Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec. Repéré à <http://rire.ctreq.qc.ca/2016/04/strategies-hattie-marzano/>
- Bégin, C. (2008, 21 octobre). Les stratégies d'apprentissage : un cadre de référence simplifié. *Revue des sciences de l'éducation*. Repéré à <http://id.erudit.org/iderudit/018989ar>
- Chapados, C., Audétat, M.-C. et Laurin, S. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Perspective infirmière*. 11(1), 37-40.
- Conseil des collèges. (1992). L'enseignement au collégial : des priorités pour un renouveau de la formation. *Rapport sur l'état et les besoins de l'enseignement collégial*. Québec : Les Publications du Québec.
- Département des Soins infirmiers. (2015a). *Procès-verbal du 17 août 2015*. Rivière-du-Loup : Cégep de Rivière-du-Loup.
- Département des Soins infirmiers. (2015b). *Procès-verbal du 23 novembre 2015*. Rivière-du-Loup : Cégep de Rivière-du-Loup.
- Département des Soins infirmiers. (2016). *Procès-verbal du 9 mars 2016*. Rivière-du-Loup : Cégep de Rivière-du-Loup.
- Deschênes, M.-F., Fournier, V. et St-Julien, A. (2016). Le développement du jugement en situation authentique. L'apprentissage expérientiel dans un contexte de simulation pour une pratique professionnelle sécuritaire. *Pédagogie collégiale*, 30(1), 14-22.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (2^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation inc. (1^{re} éd. 2006).

- Gauthier, C., Bissonnette, S. et Richard, M. (2013). *Enseignement explicite et réussite des élèves, la gestion des apprentissages*. Montréal : ERPI éducation.
- Gouvernement du Québec. (2016a). *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. LRQ c1-8. Québec : Les publications du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2016b). *Règlement sur le régime des études collégiales. Loi sur les collèges d'enseignement collégial et professionnel*. LRQ c29. Québec : Les publications du Québec.
- Guilbault, C. (2015). *Activités pédagogiques en laboratoire favorisant l'intégration de connaissances conditionnelles*. Montréal : Université de Montréal.
- Karsenti, T. (dir.) et Savoie-Zacj, L. (2011). *La recherche en éducation, étapes et approches*. (3^e éd.). Saint-Laurent : Éditions du renouveau pédagogique inc.
- Lafortune, L. (2008). *Jugement professionnel en évaluation, pratiques enseignantes au Québec et à Genève*. Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Lamarre, N. et Cavanagh, M. (2012). Représentations, chez les enseignants, de la pratique du modelage dans le contexte d'une rédaction. *Revue des sciences de l'éducation*. Repéré à <http://id.erudit.org/iderudit/1016752ar>
- Larue, C. et Cossette, R. (2005). *Stratégies d'apprentissage et apprentissages par problèmes*. Cégep du Vieux-Montréal : PAREA. Repéré à http://www.cdc.qc.ca/parea/785886_larue_cossette_app_PAREA_2005.pdf
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. (3^e éd.). Montréal : Guérin.
- OIIQ. (2016). *Rubrique Parcours étudiant : Examen*. Repéré à <http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/diplomes-si/lexamen-professionnel>
- OIIQ. (2017). *Rubrique Plan thérapeutique infirmier*. Repéré à <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/plan-therapeutique-infirmier>
- Petit Larousse illustré. (2017). *Dictionnaire encyclopédique pour tous*. Paris : Librairie Larousse.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2013). Programme d'études techniques, Soins infirmiers 180-A0. Adopté le 26 février 2001. Dernière révision : 25 mars 2013. Québec : Gouvernement du Québec.
- Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27(2), 133-151.

- Paquette-Desjardins, D. et Sauvé, J. (2008). *Modèle conceptuel et démarche clinique*. Montréal : Beauchemin.
- Paquette-Desjardins, D., Sauvé, J. et Pugnaire-Gros, C. (2015). *Modèle McGill – Une approche collaborative en soins infirmiers*. Montréal : Chenelière éducation.
- Phaneuf, M. (2008). *Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance*. Repéré à http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2014/02/Clinical_Judgement.pdf
- Publications Québec (2018). *Règlement sur le régime des études collégiales* (RLRQ c C-29, r. 4). Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-29,%20r.%204>
- Rieunier, A. (2001). *Préparer un cours. Tome 2 – Les stratégies pédagogiques efficaces*. Paris : ESF éditeur.
- Rosenshine, B. (2010). *Principes d'enseignement*. Série pratiques éducatives-21. France : Académie internationale d'Éducation. Bureau international d'éducation.
- St-Pierre, L. (1991). L'étude et les stratégies d'apprentissage. *Pédagogie collégiale*, 5(2), 15-21.
- Université de Sherbrooke. (2014). *Guide d'autoévaluation, Comité d'éthique de la recherche, Éducation et sciences sociales*. Repéré à <http://www.usherbrooke.ca/gestion-recherche/ethique-sante-et-securite/recherche-avec-les-etres-humains/cer-education-et-sciences-sociales/information-pour-les-etudiantes-et-les-etudiants/>
- Université de Sherbrooke. (2015). *Guide de présentation du bloc recherche innovation et analyse critique de la maîtrise en enseignement au collégial*. Sherbrooke : Éditions du CRP, Faculté d'éducation.

ANNEXE A

LISTE DES COURS ET COMPÉTENCES DU PROGRAMME

SOINS INFIRMIERS AU CÉGEP DE RIVIÈRE-DU-LOUP

TABLE DE CORRESPONDANCE
Soins infirmiers (180.A0)

Code	Énoncé de la compétence	Code de cours	Pondération	Session
01Q0	Analyser la fonction de travail (30 h) <i>Pratique professionnelle de l'infirmière (30 h)</i>	180-015-RL	4-1-1	1
01Q1	Développer une vision intégrée du corps humain et de son fonctionnement (180 h) <i>Anatomie humaine (45 h)</i> <i>Physiologie humaine I (45 h)</i> <i>Physiologie humaine II (45 h)</i> <i>Neurophysiologie (45 h)</i>	101-033-RL 101-053-RL 101-063-RL 101-093-RL	0-3-2 2-1-2 2-1-2 2-1-2	1 1 2 5
01Q2	Composer avec les réactions et les comportements d'une personne (90 h) <i>Intervention et comportement humain I (45 h)</i> <i>Intervention et comportement humain II (45 h)</i>	350-023-RL 350-033-RL	2-1-2 2-1-2	1 2
01Q3	Se référer à une conception de la discipline infirmière pour définir sa pratique professionnelle (45 h) <i>Pratique professionnelle de l'infirmière (45 h)</i>	180-015-RL	4-1-1	1
01Q4	Utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins (120 h) <i>Méthodes d'évaluation, de soins et pharmacothérapie I (15 h)</i> <i>Méthodes d'évaluation, de soins et pharmacothérapie II (45 h)</i> <i>Situations cliniques en médecine-chirurgie (30 h)</i> <i>Situations cliniques en périnatalité et pédiatrie (15 h)</i> <i>Situations cliniques en santé mentale et perte d'autonomie (15 h)</i>	180-023-RL 180-055-RL 180-085-RL 180-123-RL 180-183-RL	2-1-1 1-4-2 3-2-1 2-1-1 2-1-1	1 2 3 4 5
01Q5	Établir une communication aidante avec la personne et ses proches (45 h) <i>Communication en soins infirmiers (45 h)</i>	180-033-RL	2-1-1	2
01Q6	Composer avec des réalités sociales et culturelles liées à la santé (90 h) <i>Sociologie de la famille (45 h)</i> <i>Sociologie de la santé (45 h)</i>	387-043-RL 387-033-RL	2-1-3 2-1-3	1 2
01Q7	Relier des désordres immunologiques et des infections aux mécanismes physiologiques et métaboliques (90 h) <i>Infectiologie et immunologie I (45 h)</i> <i>Infectiologie et immunologie II (45 h)</i>	101-103-RL 101-113-RL	2-1-2 2-1-2	3 4

Code	Énoncé de la compétence	Code de cours	Pondération	Session
01Q8	Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier (135 h)			
	<i>Soins infirmiers en médecine-chirurgie I (30 h)</i>	180-047-RL	2-5-2	2
	<i>Situations cliniques en médecine-chirurgie (45 h)</i>	180-085-RL	3-2-1	3
	<i>Situations cliniques en périnatalité et pédiatrie (30 h)</i>	180-123-RL	2-1-1	4
	<i>Sit. cliniques en santé mentale et perte d'autonomie (30 h)</i>	180-183-RL	2-1-1	5
01Q9	Établir des liens entre la pharmacothérapie et une situation clinique (60 h)			
	<i>Méthodes d'évaluation, de soins et pharmacothérapie I (30 h)</i>	180-023-RL	2-1-1	1
	<i>Méthodes d'évaluation, de soins et pharmacothérapie II (30 h)</i>	180-055-RL	1-4-2	2
01QA	Enseigner à la personne et à ses proches (45 h)			
	<i>Enseignement à la clientèle (45 h)</i>	180-103-RL	1-2-1	4
01QB	Assister la personne dans le maintien et l'amélioration de sa santé (60 h)			
	<i>Soins infirmiers en périnatalité (15 h)</i>	180-116-RL	1-5-2	4
	<i>Soins infirmiers en médecine-chirurgie IV et longue durée (30 h)</i>	180-25D-RL	2-12-4	5
	<i>Soins infirmiers en médecine-chirurgie V (15 h)</i>	180-21B-RL	1-11-3	6
01QC	S'adapter à différentes situations de travail (45 h)			
	<i>Adaptation en milieu de travail (45 h)</i>	180-153-RL	1-2-1	5
01QD	Établir des relations de collaboration avec les intervenants et les intervenantes (45 h)			
	<i>Collaboration interdisciplinaire (45 h)</i>	180-193-RL	1-2-1	6
01QE	Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie (455 h)			
	<i>Soins infirmiers en médecine-chirurgie I (75 h)</i>	180-047-RL	2-5-2	2
	<i>Soins infirmiers en médecine-chirurgie II et pédiatrie (120 h)</i>	180-23A-RL	1-10-3	3
	<i>Soins infirmiers en médecine-chirurgie III et pédiatrie (35 h)</i>	180-135-RL	0-5-1	4
	<i>Soins infirmiers en médecine-chirurgie IV et longue durée (60 h)</i>	180-25D-RL	2-12-4	5
	<i>Soins infirmiers en médecine-chirurgie V (165 h)</i>	180-21B-RL	1-11-3	6
01QF	Concevoir son rôle en s'appuyant sur l'éthique et sur les valeurs de la profession (45 h)			
	<i>Éthique et valeurs de la profession (45 h)</i>	180-203-RL	1-2-1	6
01QG	Appliquer des mesures d'urgence (45 h)			
	<i>Soins d'urgence (45 h)</i>	180-093-RL	1-2-1	3

Code	Énoncé de la compétence	Code de cours	Pondération	Session
01QH	Intervenir auprès d'une clientèle requérant des soins infirmiers en périnatalité (75 h) <i>Soins infirmiers en périnatalité (75 h)</i>	180-116-RL	1-5-2	4
01QJ	Intervenir auprès d'enfants ainsi que d'adolescentes et adolescents requérant des soins infirmiers (85 h) <i>Soins infirmiers en médecine-chirurgie II et pédiatrie (45 h)</i> <i>Soins infirmiers en médecine-chirurgie III et pédiatrie (40 h)</i>	180-23A-RL 180-135-RL	1-10-3 0-5-1	3 4
01QK	Intervenir auprès de personnes recevant des soins infirmiers en médecine et en chirurgie dans des services ambulatoires (120 h) <i>Soins infirmiers en services ambulatoires (120 h)</i>	180-228-RL	0-8-1	6
01QL	Intervenir auprès de personnes requérant des soins infirmiers en santé mentale (120 h) <i>Soins infirmiers en santé mentale (120 h)</i>	180-148-RL	0-8-1	5
01QM	Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement (120 h) <i>Soins inf. en médecine-chirurgie IV et longue durée (120 h)</i>	180-25D-RL	2-12-4	5

FEUILLE D'ATTRIBUTION

Date : _____ Nom de l'étudiant : _____ Infirmière responsable : _____

Ch.no : _____ Âge : _____ Isolation : _____	Rapport interservice : _____
Diagnostic : _____	_____
Allergies : _____	_____
Épreuve diagnostique :	_____
Préparation :	_____

[illegible]

Notes au dossier :

[illegible]

Rapport de fin de service :

I:	D:
E:	
A:	

ANNEXE C

GABARIT DE LA DÉMARCHE DE SOINS

Démarche de soins

DÉMARCHE CLINIQUE

1. RECHERCHE DE DONNÉES PERTINENTES			
No de chambre	Âge	Sexe	État civil
Milieu de vie : Rural	Urbain	Langue parlée	Occupation
Source d'information :	Client	Famille	Autre
EXPLORATION DE LA SITUATION ACTUELLE DE LA PERSONNE/FAMILLE			
RAISON DE LA PRÉSENCE EN MILIEU HOSPITALIER :			
HISTOIRE DE SANTÉ PERSONNELLE, FAMILIALE ET DIAGNOSTICS ACTUELS (maladies physiques et mentales, anomalies congénitales, hospitalisation, chirurgies, traumatismes)			
Définition de la pathologie et ou de la chirurgie s'il y a lieu :			
Les signes et symptômes les plus fréquents de cette pathologie.			
Les complications possibles et laquelle est la plus susceptible de se produire dans ce cas-ci?			
Examens diagnostics pertinents.			
Médication habituellement prescrite :			

LÉGENDE		LA CARTE DES SYMBOLES	
<div> <div></div> <div>HOMME</div> </div>	<div> <div></div> <div>MARIAGE (M) UNION DE FAIT (UF)</div> </div>	<div> <div> <div></div> <div>FORT</div> </div> </div>	<div> <div> <div></div> <div>TENSION, STRESS, DIFFICULTÉ</div> </div> </div>
<div> <div></div> <div>FEMME</div> </div>	<div> <div></div> <div>SÉPARATION (S)</div> </div>	<div> <div> <div></div> <div>MODÉRÉ</div> </div> </div>	<div> <div> <div></div> <div>PERCEPTION DE LA TENSION OU DE LA BONNE RELATION PAR LES PARTIES</div> </div> </div>
<div> <div></div> <div>AVORTEMENT</div> </div>	<div> <div></div> <div>DIVORCE (D)</div> </div>	<div> <div> <div></div> <div>FAIBLE</div> </div> </div>	<div> <div> <div></div> <div>TRÈS FAIBLE</div> </div> </div>
<div> <div></div> <div>CAS DISCUTÉ</div> </div>	<div> <div></div> <div>DÉCÈS</div> </div>		

May 2012

SYNTHÈSE DE LA SITUATION

SITUATION ACTUELLE		
SITUATION DE SANTÉ OU PROBLÈME	IMPACTS	« COPING »

SITUATION ACTUELLE		
SITUATION DE SANTÉ OU PROBLÈME	IMPACTS	« COPING »



Situation souhaitée par
LA PERSONNE/FAMILLE



Situation souhaitée par
L'INFIRMIÈRE ET OU L'ÉTUDIANTE INFIRMIÈRE

2. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES

Situation actuelle	É C A R T	Situation souhaitée
	<div style="font-size: 2em;">➔</div> <p>Niveau 1 <input type="checkbox"/> ou 2 <input type="checkbox"/></p>	
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>PROBLÈME OU BESOIN</p> <p>Problème négocié avec la p/f ou priorité(s) de la p/f/inf</p> </div> </div>		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>PROBLÈME OU BESOIN</p> <p>Problème négocié avec la p/f ou priorité(s) de la p/f/inf</p> </div> </div>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>PROBLÈME OU BESOIN</p> <p>Problème négocié avec la p/f ou priorité(s) de la p/f/inf</p> </div> </div>		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>PROBLÈME OU BESOIN</p> <p>Problème négocié avec la p/f ou priorité(s) de la p/f/inf</p> </div> </div>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>PROBLÈME OU BESOIN</p> <p>Problème négocié avec la p/f ou priorité(s) de la p/f/inf</p> </div> </div>		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>PROBLÈME OU BESOIN</p> <p>Problème négocié avec la p/f ou priorité(s) de la p/f/inf</p> </div> </div>

3. et 4. PLANIFICATION ET RÉALISATION DES SOINS ET DES TRAITEMENTS INFIRMIERS

Objectifs de la p/f (résultats escomptés)	Intervention/Services/Ressources/ Qui? Fait quoi?	Échéancier (Quand)

Conception : Équipe d'enseignantes du Cégep de Rivière-du-Loup.
 Collaboration : Danièle Paquette - Desjardins, Paquette Desjardins, Formation Conseil inc.
 Mai 2012

RÉALISATION DES SOINS ET DES TRAITEMENTS INFIRMIERS

Les indicateurs de résultats de l'étape de la réalisation des soins et des traitements infirmiers

Lorsque j'exécute les interventions, je m'assure :	Cocher	Commentaires
• d'ajuster mes interventions selon le niveau du problème reconnu par la personne/famille (niveau 1 ou 2);		
• d'encourager la personne/famille à exprimer ses croyances et ses valeurs relatives au traitement proposé;		
• d'ajuster mes comportements, mes suggestions et mes méthodes de travail en fonction des réactions de la personne/famille;		
• d'échanger avec la personne/famille sur ses forces, ainsi que sur les moyens et les ressources qu'il a à sa portée;		
• de valoriser le savoir de la personne/famille;		
• de s'adapter au rythme de la personne/famille;		
• de recueillir de l'information sur les capacités de la personne/famille;		
• de permettre à la personne/famille d'exprimer ses sentiments et de manifester ses humeurs;		
• de permettre à la personne /famille d'identifier ses besoins ponctuels;		
• de permettre à la personne /famille d'indiquer des pistes de solutions et de faire des choix;		
• de laisser la personne/famille décider ce qui est bon pour lui.		

Conception : Équipe d'enseignantes du Cégep de Rivière-du-Loup.
 Collaboration : Danièle Paquette - Desjardins, Paquette Desjardins, Formation Conseil inc.
 Mai 2012

5. ÉVALUATION DES RÉSULTATS
Les indicateurs de résultats à l'étape de l'évaluation des résultats

Lorsque j'effectue l'évaluation des résultats, je m'assure :	Cocher
• de faire participer la personne/famille;	
• de prendre connaissance de la recherche de données initiale ou précédente;	
• de connaître la situation souhaitée au départ par la personne/famille;	
• de connaître le plan d'intervention et les notes au dossier de la personne/famille;	
• de permettre à la personne/famille d'exprimer son point de vue sur le processus en cours et sur les résultats obtenus à ce jour;	
• d'aider la personne/famille à faire des liens entre les stratégies de coping qu'elle apprend et les résultats qu'elle obtient;	
• de valoriser les efforts et les progrès de la personne/famille;	
• de vérifier si les actions accomplies permettent d'obtenir les résultats escomptés;	
• de permettre à la personne/famille de définir les moyens qu'elle prend pour résoudre des problèmes;	
• de permettre à la personne/famille de préciser ce qu'elle a dû changer ou faire autrement pour retrouver l'équilibre;	
• de permettre à la personne /famille de fixer de nouveaux objectifs au besoin.	

Bilan de l'évaluation

1. Atteinte des objectifs :

2. Nouvelles habiletés de coping :

3. Résultats directement liés aux soins infirmiers :

4. Degré de satisfaction de la personne/famille :

5. Compréhension du plan d'intervention :

Modification du PTSI et du PTI

Suite à l'analyse du bilan de l'évaluation, quels ajustements du PSTI et du PTI devraient être faits?

TABLEAU – SITUATION ACTUELLE
« GUIDE DE RÉDACTION »

SITUATION ACTUELLE DE LA PERSONNE/FAMILLE		
Attention ! Prioriser les éléments pertinents à la situation de la personne/famille		
SITUATION DE SANTÉ	IMPACTS	COPING
Description des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none">✓ le diagnostic actuel;✓ la chirurgie, s'il y a lieu;✓ les signes et les symptômes cliniques;✓ les événements (ex : deuil, naissance, violence, etc.);✓ l'usage de médicaments;✓ autres informations pertinentes,✓ les allergies;✓ les examens anormaux.	<p>Réactions du client/famille et de son environnement aux faits rapportés, leur perception de la situation :</p> <ul style="list-style-type: none">✓ impacts de la situation de santé et de la situation problématique sur la personne/famille/environnement :<ul style="list-style-type: none">- les rôles,- les tâches et les activités,- la communication,- les croyances,- la scolarité,- la situation financière,- les capacités reliées aux fonctions :<ul style="list-style-type: none">- intellectuelles et cognitives,- cardiorespiratoire,- motrices,- vésicales/intestinales,- digestives,- comportementales et affectives,- sensorielles,- de protection et résistance,- reproductives,- les habitudes de vie. <p>✓ impacts de la personne/famille/environnement sur la situation de santé et la situation problématique.</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Le <i>coping</i> face aux impacts ou les résultats obtenus.✓ Forces et potentiel.✓ Obstacles.✓ Motivation.✓ Niveau de collaboration de la personne/famille.

Questions aidantes pour la recherche de données s'il y a lieu

<u>Situation de santé actuelle</u>	<u>Impacts sur les capacités potentiels ou actuels</u>	<u>« Coping » de la personne/famille</u>
<p>Quels problèmes de santé avez-vous?</p> <p>Quels autres problèmes de santé avez-vous eus dans le passé?</p> <p>Selon le médecin, de quelle maladie souffrez-vous?</p> <p>Comment savez-vous que votre état de santé s'est détérioré?</p> <p>Qu'est-ce que cette situation a changé dans votre vie?</p> <p>Qu'est ce qui fait problème maintenant, selon vous?</p> <p>Quel changement ou quelle démarche êtes-vous prêt à faire pour résoudre votre problème?</p> <p>Qu'est-ce qui est le plus difficile à vivre pour vous en ce moment?</p>	<p>Quels sont les changements survenus depuis que cette situation est arrivée?</p> <p>Quel effet cette <u>maladie</u> a-t-elle sur vos habitudes de vie? sur les <u>habitudes</u> de vie de votre famille?</p> <p>Quel effet ce <u>problème</u> a-t-il sur vos habitudes de vie? sur les <u>habitudes</u> de vie de votre famille?</p> <p>Depuis que cette maladie a été diagnostiquée par le médecin, quel est le <u>plus grand changement</u> que vous avez remarqué dans votre vie personnelle? dans votre famille?</p> <p>Quelle activité ce problème a-t-il le <u>plus</u> compromise?</p> <p>Quel membre de votre famille la situation a le <u>plus</u> affecté?</p> <p>À quel projet cette maladie ou problème a-t-elle le <u>plus</u> nuit?</p> <p>Qu'est-ce qui vous inquiète le <u>plus</u> au sujet de cette maladie?</p> <p>Quelle est la <u>plus</u> grande difficulté que cause cette maladie ou ce problème?</p>	<p>Quels moyens avez-vous utilisés pour diminuer les impacts de cette maladie ou ce problème?</p> <p>Qu'avez-vous essayé de faire jusqu'ici pour résoudre le problème?</p>

	<p><u>Pour vérifier les croyances de mon client</u></p> <p>Selon vous qu'est-ce qui peut provoquer ce problème?</p> <p>Qu'est-ce qui va arriver, selon vous, si le problème persiste?</p> <p>Selon vous, qu'est-ce qui serait le plus efficace pour favoriser la guérison?</p> <p>Où trouvez-vous la force ou l'espoir nécessaire pour traverser les moments difficiles?</p>	
<p><u>Situation souhaitée par la P/F</u></p> <p>Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus dans votre situation?</p> <p>Qu'est-ce que vous aimeriez qu'il arrive concernant votre situation?</p> <p>Qu'est-ce que vous voulez avoir réglé avant votre départ de l'hôpital?</p>	<p><u>Situation souhaitée par l'infirmière</u></p> <p><u>Questions à me poser?</u></p> <p>Est-ce que la situation telle que présentée par la P/F est stable? à risque?</p> <p>Quelles connaissances et / ou habiletés la P/F doit-elle absolument maîtriser avant son départ?</p>	

GRILLE DE VÉRIFICATION DE LA COLLECTE DE DONNÉES SELON LE MODÈLE MCGILL

Lorsque j'effectue la collecte de données, je m'assure de :	Fait
DÉCRIRE LA SITUATION ACTUELLE DE LA PERSONNE/FAMILLE, SON PROBLÈME.	
• La situation de santé ou le problème :	
- le diagnostic actuel;	
- l'intervention chirurgicale, s'il y a lieu;	
- les signes et symptômes cliniques (difficultés éprouvées);	
- les événements (ex : deuil, naissance, violence);	
- l'environnement physique et social;	
- la prise de médicaments;	
- les allergies et les examens anormaux;	
- d'autres informations pertinentes.	
• Les réactions de la personne/famille et de son environnement aux faits rapportés, leur perception de la situation :	
a) Les impacts de la situation de santé et du problème sur la personne/famille/ environnement	
- les rôles;	
- les tâches et les activités;	
- la communication;	
- les croyances;	
- la scolarité;	
- la situation financière;	
- les capacités liées aux fonctions (en lien avec le problème de santé de la p/f) : cognitive, cardio-respiratoire, motrice, vésicale et intestinale, digestive, comportementale et affective, sensorielle, de protection et résistance, de reproduction.	
- les habitudes de vie.	
b) Les impacts de la personne/famille/environnement sur la situation de santé et le problème.	
• Le <i>coping</i> relativement aux impacts ou aux résultats obtenus :	
- forces et potentiel;	
- obstacles;	
- motivation;	
- collaboration de la personne/famille.	
DÉCRIRE LA SITUATION SOUHAITÉE :	
• Selon la personne/famille.	
• Selon l'infirmière.	

Conception : Sauvé J. Paquette, Desjardins D.

Adopté par : Équipe d'enseignantes du Cégep de Rivière-du-Loup.

Collaboration : Danièle Paquette - Desjardins, Paquette Desjardins, Formation Conseil inc.

Mai 2012

EXPLORATION DE LA SITUATION ACTUELLE

Dans chacune des situations concrètes rencontrées, l'infirmière doit choisir les questions pertinentes.

On doit se rappeler que la méthode P.Q.R.S.T. est un simple moyen et non pas une fin en soi. Le tableau suivant vous aidera à explorer la situation :

	Notion	Explication	Exemples de questions
P	Provoquer	Explorer les éléments qui ont non seulement provoqué l'apparition du symptôme mais aussi ceux qui l'ont aggravé.	Comment la douleur est-elle apparue? Qu'est-ce qui l'a provoquée? Quelque chose l'a-t-il aggravée?
	Pallier	Identifier les éléments qui soulagent le symptôme.	Avez-vous utilisé un moyen ou un traitement quelconque, prescrit ou non, ou une position, pour vous soulager? Lesquels? Avez-vous été soulagé?
Q	Qualité	Décrire qualitativement le symptôme.	À quoi ressemble la sensation que vous avez vécue?
	Quantité	Quantifier le symptôme.	Quelle est la sévérité du malaise, sur une échelle de 0 à 10?
R	Région	Préciser la région où se manifeste le symptôme.	Pouvez-vous montrer avec le doigt ou dire où est le malaise?
	Irradiation	Déterminer si d'autres régions sont affectées par le symptôme.	Y a-t-il une autre région dans laquelle le malaise est présent? Le malaise s'étend-il ailleurs? Où?
S	Symptômes associés	Mentionner si d'autres symptômes accompagnent le symptôme principal.	Y a-t-il d'autres malaises ou sensations inhabituelles qui accompagnent votre symptôme?
	Signes associés	Indiquer si d'autres signes accompagnent le symptôme principal.	Y a-t-il d'autres signes qui accompagnent votre malaise?
T	Temps, durée	Déterminer le moment où le symptôme est apparu, la durée, et dire s'il s'est modifié depuis.	Depuis quand ce malaise est-il présent? Est-il toujours là ou apparaît-il de façon intermittente?

Source : *L'examen clinique dans la pratique infirmière de M. Brûlé, L. Cloutier et O. Doyon (dir.)*
2002, Saint-Laurent : Édition du Renouveau pédagogique

Mai 2012

ANNEXE D

PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)

EXTRAIT du PTI

CONSTATS DE L'ÉVALUATION											
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés			
					Date	Heure	Initiales				
SUIVI CLINIQUE											
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE						
					Date	Heure	Initiales				
Signature de l'infirmière				Initiales	Programme/Service		Signature de l'infirmière		Initiales	Programme/Service	

ANNEXE E

EXEMPLE DE DÉMARCHE DE SOINS POUR MONSIEUR LAMARCHE

Éléments de la collecte des données de M. Lamarche

Collecte de données	
Données objectives à recueillir	Données subjectives à recueillir
Antécédents médicaux et chirurgicaux Examen physique de la condition respiratoire Signes vitaux Examen physique des membres inférieurs relié au diabète et à l'hypertension Résultats de laboratoire Médication	Symptômes associés Réactions émotionnelles face à sa situation de santé Ressources à sa disposition Vision de sa condition actuelle

Analyse des données de Monsieur Lamarche

Situation actuelle	Impact	<i>Coping</i>
Homme 64 ans MPOC avec infection pulmonaire sous antibiothérapie intraveineuse Toux productive importante le matin Respiration superficielle fréquence à 26 / minute besoin O ₂ à 2l/min pour Saturation à 93% Température 37,6 C HTA : Tension artérielle 142/83, pouls 89/min. Diabète Glycémie 8.4 Résultats de la formule sanguine complète : Hémoglobine 126 Globules blancs 27 Médication : Glucophage 500 mg bid Captopril 20 mg PO bid	Dyspnée à l'effort Fatigue lors des activités de la vie quotidienne (AVQ) Intégrité des membres inférieurs intacte Mesure de glycémie chaque 6 hres	Collabore aux soins Femme vient le visiter quotidiennement Pose des questions sur les meilleures actions à entreprendre pour améliorer sa condition respiratoire le matin Prend sa médication de façon régulière Surveille son apport en sucre et ses valeurs de glycémie

Ventolin 2 inhalations qid Atrovent 2 inhalations bid Ceftriaxone 2gr IV q 12 hres	Cathéter veineux court	
Situation souhaitée : être en mesure d'avoir suffisamment d'énergie pour parvenir à effectuer ses AVQ		

Interprétation de la situation de Monsieur Lamarche.

Hypothèses	Besoin ou problème identifié
Perte de motivation	Non, désire collaborer aux soins
Infection	Oui, traitement antibiotique instauré
Difficultés motrices	Non, capacités motrices intactes
Mauvaise oxygénation	Oui, sécrétions bronchiques abondantes en AM avec dyspnée à l'effort
Alimentation déficiente	Non, alimentation suffisante et adaptée à sa condition
Constat d'évaluation : besoin d'enseignement sur les moyens de dégager ses voies respiratoires de façon efficace et de conserver son énergie lors des AVQ.	

ANNEXE F

STRUCTURE D’UNE LEÇON EN ENSEIGNEMENT EXPLICITE

STRUCTURE D’UNE LEÇON EN ENSEIGNEMENT EXPLICITE

Étapes	Activités
Ouverture de la leçon	Réviser les connaissances préalables Vérifier la compréhension Énoncer les objectifs de la leçon Faire le lien entre les connaissances antérieures et les nouvelles connaissances
Corps de la leçon	<div>Modelage</div> <div>Dire à voix haute ce que l’on pense Montrer et dire en montrant Termes clairs, concis, équivalents Faire participer Présenter la nouvelle matière par petites étapes, de façon fractionnée Donner des exemples et des contre-exemples Écrire les connaissances procédurales: on numérote les étapes de la procédure en décrivant ce qui doit être fait par l’apprenant. Suivre la procédure écrite tout en la faisant devant les élèves. On peut filmer chaque étape pour la rendre disponible en visionnement.</div>

Corps de la leçon (suite)	Vérifier la compréhension Poser des questions afin de permettre aux élèves de prendre conscience du degré de maîtrise de chaque étape du processus	
	Pratique guidée	Offrir des dispositifs d'étayage (physiques, verbaux, visuels) en les enlevant progressivement Dire quoi faire, demander ce qui doit être fait, se rappeler Faire exécuter la procédure aux élèves en y consacrant beaucoup de temps ; le temps que la moyenne du groupe prend pour atteindre l'objectif visé Utiliser le travail coopératif comme un complément au travail individuel et à l'enseignement de groupe.
	Vérifier la compréhension Viser un taux élevé de réussite (80%)	
	Pratique autonome	Pratique sans soutien En fonction du degré de maîtrise exigé par l'objectif et standard, la pratique autonome se réalise dans des contextes différents. L'élève réinvesti seul ce qu'il a compris du modelage et appliqué en équipe lors de la pratique guidée Permettre à l'étudiant de s'exercer dans des situations plus complexes nécessitant des ajustements de sa part.
	Vérifier la compréhension Viser un taux élevé de réussite	

Clôture de la leçon	Revoir le contenu essentiel à retenir Annoncer la prochaine leçon Donner des devoirs ou permettre la poursuite de l'automatisation
---------------------	--

Inspiré de Gauthier, C., Bissonnette, S. et Richard, M. (2013, p. 212).

ANNEXE G

LES GRILLES D'ANALYSE

Cours utilisant la démarche de soins et chronologie dans la maquette	Compétence visée et niveau de maîtrise développé	Utilisation du gabarit de la démarche de soins	Utilisation du PTI Objectifs d'apprentissage et contenus	Correspondance avec les étapes de la démarche de soins
180-015-RL 1 ^{ère} session	01Q3 niveau terminal	Les cinq étapes sont réalisées à partir de situations fictives et une fois à partir d'un cas clinique réel	Application judicieuse des étapes de la démarche et détermination et ajustement du plan thérapeutique infirmier s'il y a lieu Explication du plan thérapeutique infirmier	Étapes 1 à 5
180-047-RL 2 ^e session	01QE niveau intermédiaire	Les deux premières étapes de la démarche sont effectuées dans le cadre du stage clinique	2.3 Planifier adéquatement ses activités de soins Prise en considération des directives du plan thérapeutique infirmier (PTI). Établissement d'un horaire des activités de soins en fonction des différentes interventions et directives du PTI à réaliser. Travail et (gestion du temps).	Étape 3
180-23A-RL 3 ^e session	01QE niveau intermédiaire 01QJ niveau terminal	Les trois premières étapes de la démarche sont effectuées dans le cadre du stage clinique	2.3 Organiser adéquatement les activités de soins. Établissement d'un horaire des activités de soins en fonction des différentes interventions et directives du PTI à réaliser. 4.3 Contribuer à l'ajustement du plan thérapeutique infirmier. Réflexion sur le besoin ou problème prioritaire. Réflexion sur les directives infirmières	Étape 3 et 4 Étape 2 Étapes 4 et 5

Cours utilisant la démarche de soins et chronologie dans la maquette	Compétence visée et niveau de maîtrise développé	Utilisation du gabarit de la démarche de soins	Utilisation du PTI Objectifs d'apprentissage et contenus	Correspondance avec les étapes de la démarche de soins
180-116-RL 4 ^e session	O1QH niveau terminal	Les trois premières étapes de la démarche sont effectuées dans le cadre du stage clinique	2.5 Déterminer et ajuster le plan de soins et traitement infirmier selon le modèle McGill ainsi que le plan thérapeutique infirmier. Plan thérapeutique pour la femme en travail, pendant l'accouchement, en post-partum et lors de la naissance du nouveau- né	Étapes 1 à 5
180-135-RL 4 ^e session	O1QE niveau intermédiaire O1QJ niveau terminal	Les trois premières étapes de la démarche sont effectuées dans le cadre du stage clinique	2.3 Contribuer à l'ajustement du plan thérapeutique infirmier. Sélection des problèmes et besoins prioritaires. Collaboration à la rédaction des directives infirmières. Reconnaissance des professionnels et non-professionnels impliqués dans l'application des directives. Reconnaissance de l'aspect évolutif du plan thérapeutique infirmier. Modification du plan thérapeutique infirmier en accord avec l'infirmière, s'il y a lieu	Étape 2 Étape 3 Étape 5
180-25D-RL 5 ^e session	O1QE niveau intermédiaire O1QM niveau terminal	Les cinq étapes de la démarche sont effectuées dans le cadre du stage clinique	2.4 Planifier la réalisation du plan thérapeutique infirmier et du plan de soins et de traitements infirmiers. Planification des directives infirmières. Établissement d'un horaire des activités de soins en fonction des différentes interventions et directives du PTI à réaliser.	Étape 3

Cours utilisant la démarche de soins et chronologie dans la maquette	Compétence visée et niveau de maîtrise développé	Utilisation du gabarit de la démarche de soins	Utilisation du PTI Objectifs d'apprentissage et contenus	Correspondance avec les étapes de la démarche de soins
			<p>4.1 Évaluer les interventions et les résultats de soins</p> <p>Évaluation et ajustement de l'efficacité des directives infirmières au plan thérapeutique infirmier.</p>	Étapes 4 et 5
180-148-RL 5 ^e session	01QL niveau terminal	Les cinq étapes de la démarche sont effectuées dans le cadre du stage clinique	<p>2.2 Déterminer et ajuster le plan thérapeutique infirmier.</p> <p>Sélection des problèmes et besoins prioritaires qui nécessitent un suivi.</p> <p>Inscription du problème et/ou besoins dans la section constat de l'évaluation du plan thérapeutique infirmier.</p> <p>Collaboration à la rédaction des directives infirmières.</p> <p>Reconnaissance des professionnels et non- professionnels impliqués dans l'application des directives.</p> <p>Détermination du titre des professionnels et non professionnels à inscrire dans la section directive infirmière du plan thérapeutique infirmier.</p> <p>Collaboration à l'ajustement du plan thérapeutique infirmier selon l'évolution de la situation clinique.</p> <p>Détermination des modifications à apporter au plan thérapeutique.</p> <p>4.1 Évaluer les interventions et les résultats de soins.</p> <p>Collaboration à la modification au PTI et au PSTI en accord avec l'infirmière, s'il y a lieu.</p> <p>Évaluation et ajustement de l'efficacité des directives infirmières au plan thérapeutique infirmier.</p>	<p>Étape 2</p> <p>Étape 3</p> <p>Étape 5</p> <p>Étape 5</p>

Cours utilisant la démarche de soins et chronologie dans la maquette	Compétence visée et niveau de maîtrise développé	Utilisation du gabarit de la démarche de soins	Utilisation du PTI Objectifs d'apprentissage et contenus	Correspondance avec les étapes de la démarche de soins
180-21B-RL 6 ^e session	01QE niveau terminal	Les cinq étapes de la démarche sont effectuées dans le cadre du stage clinique	<p>2.2 Déterminer et ajuster le plan thérapeutique infirmier. Sélection des problèmes et besoins prioritaires. Collaboration à la rédaction des directives infirmières Détermination des professionnels et non-professionnels impliqués dans l'application des directives. Collaboration à l'ajustement du plan thérapeutique infirmier selon l'évolution de la situation clinique.</p> <p>4.1 Évaluer les interventions et les résultats des soins. Collaboration à la modification au PTI</p>	<p>Étape 2 Étape 3</p> <p>Étape 5 Étape 5</p>

Annexe G : Grille d'analyse 1

Connaissances déclaratives	Contenu de « l'exemple parfait »	Contenus enseignés ou contenus faisant l'objet d'un cours antérieur ou concomitant	Objectifs d'apprentissage du cours	Stratégies pédagogiques utilisées	Type d'évaluation et Critères d'évaluation correspondant
	<p>Définition de la gonarthrose</p> <p>Signes et symptômes les plus fréquents de la gonarthrose</p> <p>Complications possibles de la gonarthrose</p> <p>Examens diagnostics pertinents</p> <p>Classes de médicaments habituellement prescrites</p> <p>Définition de la chirurgie : prothèse totale du genou</p> <p>Complications possibles de la chirurgie de prothèse totale du genou</p> <p>Anamnèse : Exploration du réseau familial et social, des activités significatives (généogramme et écocarte),</p>	<p>180-085-RL (cours concomitant)</p> <p>Définition</p> <p>Physiopathologie</p> <p>Facteurs de risque</p> <p>Étiologie</p> <p>Manifestations cliniques</p> <p>Complications possibles</p> <p>Types d'examens diagnostiques selon la pathologie</p> <p>Normalités des résultats de chacun des examens diagnostiques</p> <p>Traitements médicaux, médicamenteux et diététiques</p> <p>180-23A-RL</p> <p>Sélection d'éléments d'information.</p>	<p>Aucun pour ce cours</p> <p>1.1 Consulter de façon appropriée les différentes sources d'information</p>	<p>Recherche personnelle</p> <p>Consultation de dossiers actuels et antérieurs</p> <p>Écoute d'un rapport et validation</p>	<p>Évaluation formative à chaque semaine de stage (7 semaines)</p> <p>Évaluation sommative à la dernière semaine de stage (8^e semaine)</p> <p>1.1 Consultation appropriée des sources d'information</p>

	antécédents de santé et raison d'hospitalisation ou de consultation, allergies	180-023-RL et 180-055-RL (cours de 1 ^{ère} et 2 ^e session)	concernant la personne.	Entrevue avec la personne/famille	
	Effets thérapeutiques et effets indésirables des médicaments				
Connaissances procédurales	Classification des données recueillies dans le tableau présentant la « situation actuelle » selon La situation de soins de santé ou problème Impacts « <i>Coping</i> »	Inscription des données pertinentes dans la situation actuelle.		Simulation clinique Haute-fidélité (SCHF) Stage clinique Échange prof-étudiant Enseignement clinique 2	
	Examen physique : Évaluation des signes neurovasculaires	180-047-RL (2 ^e session) Réalisation de l'examen clinique : histoire de santé, examen physique, examens complémentaires. Palpation Inspection de la personne, spécifiquement les risques et signes de détérioration de la peau, évaluation de la plaie chirurgicale, lorsque requis.	1. 2 Procéder à l'examen clinique.		1. 2 Réalisation adéquate de l'examen clinique

	<p>Évaluation des signes vitaux</p> <p>Évaluation de la douleur</p> <p>Surveillance des patients recevant des opiacés</p> <p>Évaluation et assistance à la mobilisation</p>	<p>Auscultation : poumons, intestins.</p> <p>180-023-RL (1^{ère} session)</p> <p>180-047-RL (2^e session) PDSB</p>			
Connaissances conditionnelles	<p>Sélection des éléments d'évaluation de l'examen physique pertinents</p>	<p>Recherche des données appropriées à l'état de santé actuel de la personne dans une situation de pédiatrie (enfants de plus de 6 mois) et de médecine-chirurgie.</p> <p>Sélection des outils et des méthodes d'évaluation selon la situation clinique (outil multiclientèle, échelle de douleur, thermomètre, etc.).</p> <p>Détermination des besoins et des attentes (situation souhaitée).</p> <p>Reconnaissance des comportements manifestés en fonction du degré de maturité et du stade de développement chez l'adulte, l'enfant,</p>	1. 2 Procéder à l'examen clinique.	<p>Enseignement clinique 2</p> <p>Simulation clinique</p> <p>Hautefidélité (SCHF)</p>	

		<p>l'adolescente ou l'adolescent, la famille ou ses proches.</p> <p>Reconnaissance des forces, des mécanismes de soutien et des stratégies d'adaptation de la personne et de sa famille (relations et méthodes de gestion familiale, acceptation d'un évènement, maintien de liens actifs, communication).</p>			<p>1.3 Reconnaissance juste des changements cliniques</p>
--	--	---	--	--	---

Catégories de connaissances	Contenu de « l'exemple parfait »	Contenus enseignés	Objectifs d'apprentissage	Stratégies pédagogiques utilisées	Critères d'évaluation
		la situation de santé de la personne. Validation des signes et symptômes caractéristiques du diagnostic choisi			
Connaissances procédurales	Choix des éléments pertinents et classification dans la colonne appropriée de la situation actuelle	Inscription du besoin/problème identifié sur la feuille d'analyse et interprétation des données. Consultation de la liste des diagnostics infirmiers.	2.1 Analyser et interpréter les données recueillies avec la personne/famille.	Recherche personnelle Échange prof-étudiant	

Catégories de connaissances	Contenu de « l'exemple parfait »	Contenus enseignés	Objectifs d'apprentissage	Stratégies pédagogiques utilisées	Critères d'évaluation
Connaissances conditionnelles	<p>Constat d'évaluation en regard de la situation actuelle et de la situation souhaitée par la personne et l'infirmière :</p> <p>Retrouver la capacité à uriner de façon autonome</p> <p>Formulation d'hypothèses conduisant au problème/besoin identifié :</p> <p>Anesthésie rachidienne</p> <p>Infection urinaire</p> <p>Analgesie narcotique</p> <p>Stress relié au manque d'intimité : chaise d'aisance</p> <p>Rétention urinaire</p>	<p>Analyse et interprétation de l'état de santé de la personne et ajustement de l'intervention.</p> <p>Constat et transmission des changements dans la condition clinique de la personne.</p> <p>Validation des hypothèses.</p> <p>Reconnaissance des besoins et des attentes de la personne et sa famille.</p> <p>Sélection d'un problème infirmier chez la personne</p>	<p>1. 2 Procéder à l'examen clinique.</p> <p>1. 4 Signaler les changements cliniques.</p> <p>2. 1 Analyser et interpréter les données recueillies avec la personne/famille.</p> <p>2.2 Rédiger le plan de soins et de traitements infirmiers.</p>	<p>Recherche personnelle</p> <p>Simulation clinique</p> <p>Haute-fidélité (SCHF)</p> <p>Recherche personnelle</p> <p>Échange prof-étudiant</p> <p>Utilisation des outils de démarche de soins</p>	<p>2.1 Mise en relation pertinente entre les données recueillies et la pathologie</p>





ANNEXE H

EXEMPLE « PARFAIT »

DÉMARCHE DE SOINS : exemple « parfait »

1. Recherche de la pathologie	
No de chambre : _____	Pathologie : _____Gonarthrose droite_____ Références : _____Lewis, Tome 2, p. xxx ...
<p>Définition de la pathologie : C'est une maladie qui attaque le cartilage, tissu lisse, élastique et résistant qui agit habituellement comme amortisseur de choc entre les os dans une articulation. Le cartilage devient alors mince et rugueux, et il ne protège plus aussi bien les os. Afin de les préserver, les extrémités des os deviennent alors plus épaisses, et elles peuvent entraîner la formation de nodules (petites bosses) ou d'éperons osseux. _____</p> <p>Les signes et symptômes les plus fréquents de cette pathologie : Douleur ou raideur articulaire, mobilité réduite, amplitude de mouvement réduite, œdème. _____</p> <p>Les complications possibles de cette pathologie : Instabilité résultant d'une destruction grave de l'articulation du genou _____</p> <p>Examens diagnostics pertinents : Rayon X _____</p> <p>Classes de médicament habituellement prescrites : AINS _____</p> <p>Définition de la chirurgie (s'il y a lieu) : PTG, prothèse totale de genou : reconstruction complète de l'articulation. Vise à soulager la douleur et à améliorer ou préserver l'amplitude du mouvement et à corriger une déformation causée par l'arthrose. _____</p> <p>Les complications possibles de cette chirurgie : Hémorragie, infection de la prothèse, thrombophlébite. _____</p>	

GÉNOGRAMME ET ÉCOCARTE

<p>Femme 71 ans Mariée homme 70 ans 2 filles 47 et 42 ans, 1 garçon 39 ans Loisirs jardinage, marche, films, lecture</p> <p>1 sœurs et un frère qui habitent loin 1 sœur très présente</p>	
LA CARTE DES SYMBOLES	
<p>LÉGENDE</p> <p> HOMME</p> <p> FEMME</p> <p> AVORTEMENT</p> <p> CAS DISCUTÉ</p>	<p>MARIAGE (M) UNION DE FAIT (UF)</p> <p>SÉPARATION(S)</p> <p>SÉPARATION (S) DIVORCE (D)</p> <p>DÉCÈS</p> <p>FORT</p> <p>MODÉRÉ</p> <p>FAIBLE</p> <p>TRÈS FAIBLE</p> <p>TENSION, STRESS, DIFFICULTÉ</p> <p>PERCEPTION DE LA TENSION OU DE LA BONNE RELATION PAR LES PARTIES</p>

Conception : Équipe d'enseignantes du Cégep de Rivière-du-Loup.
Inspiré : Danièle Paquette – Desjardins, Paquette Desjardins, Formation Conseil inc.
Déc. 2016


Raison de l'hospitalisation : PTG droite

Âge 71 Sexe F

Antécédents (maladies physiques et mentales, anomalies congénitales, hospitalisation, chirurgies, traumatismes)
Hystérectomie abdominale totale en 1998, HTA, hernie hiatale.


SITUATION ACTUELLE		
SITUATION DE SOINS DE SANTÉ OU PROBLÈME	IMPACTS	« COPING »
<p>PTG le 12 mai 2017</p> <p>Pansement genou droit en place, propre</p> <p>Soluté NaCl 0.9 % à 80 ml/hre</p> <p>Signes neurovasculaires :</p> <p>Léger oedème au membre inférieur droit du bout des orteils jusqu'au milieu de la cuisse</p> <p>Sensibilité normale</p> <p>Coloration du membre normale</p> <p>Chaleur du membre normale</p> <p>Pouls pédieux perceptible</p> <p>Médication :</p> <p>Lossec 20 mg po die</p> <p>Acétaminophène 1000 mg q 6 hres rég.</p> <p>Dilaudid 1 mg s/c q 4 hres PRN</p> <p>Célébrex 200 mg q 8 hres à débiter le 13 mai.</p> <p>Lozid 2,5 mg po bid</p>	<p>Utilise la marchette pour déplacements avec l'aide d'une personne</p> <p>Exercices de physiothérapie à faire quotidiennement</p> <p>Douleur modérée soulagée par dilaudid et acétaminophène</p> <p>Devra s'absenter de son club de lecture pour un mois</p>	<p>Attitude positive face aux soins et aux exercices à faire</p> <p>Soutien de sa sœur et de son mari</p> <p>Escalier de 5 marches à monter à la maison pour se rendre à la chambre à coucher</p> <p>Désire être rétablie pour participer au jardin communautaire au mois de juin.</p>

SITUATION ACTUELLE		
SITUATION DE SOINS DE SANTÉ OU PROBLÈME	IMPACTS	« COPING »
Rétention urinaire post-op le 12 mai Aucune allergie	Cathétérisme vésical PRN	



Situation souhaitée par
LA PERSONNE/FAMILLE

Uriner seule



Situation souhaitée par
L'INFIRMIÈRE ET/OU L'ÉTUDIANTE INFIRMIÈRE

Retrouver la capacité à uriner de façon autonome

Un canevas général de PSTI

<p align="center">CONSTAT DE L'ÉVALUATION N° 1</p> <p><input type="checkbox"/> Besoin OU <input checked="" type="checkbox"/> Problème : Rétention urinaire _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Niveau 1 OU <input checked="" type="checkbox"/> Niveau 2</p>	<p align="center">HYPOTHÈSES</p> <p>1. _____ Anesthésie rachidienne _____</p> <p>2. _____ Infection urinaire _____</p> <p>3. _____ ANALGÉSIE NARCOTIQUE _____</p> <p>4. _____ Stress relié au manque d'intimité : chaise d'aisance _____</p>
<p align="center">OBJECTIF (SMART)</p> <p>Spécifique – Mesurable – Adapté – Réaliste – Temporel</p> <p>D'ici le : _____ la P/F souhaite être capable de :</p> <p>Faire une miction libre à la toilette avec un résidu vésical de moins de 300 ml _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>X le fera seule <input type="checkbox"/> le fera à l'aide : <input type="checkbox"/> d'une personne, précisez : _____ <input type="checkbox"/> d'un moyen technique : _____</p>	<p align="center">INTERVENTIONS – ACTIVITÉS RESSOURCES – SERVICES</p> <p>Permettre d'aller uriner à la toilette avant de donner l'analgésique narcotique</p> <p>Favoriser l'intimité et le calme pour diminuer le stress</p> <p>Utiliser des moyens pour stimuler la miction : faire couler de l'eau du robinet, faire couler de l'eau tiède ou une compresse humide sur le périnée</p> <p>Favoriser l'hydratation : au moins 2L de liquide par jour</p>
<p>ÉVALUATION:</p> <p align="center">A RÉUSSI À URINER 450 ML EN MICTION LIBRE À LA TOILETTE À 19H45.</p>	

ANNEXE I

PROPOSITION D'ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE ADOPTANT UNE STRATÉGIE D'ENSEIGNEMENT EXPLICITE DE LA DÉMARCHE DE SOINS

Chronologie et cours visé	Moment de l'activité	Principe visé selon l'enseignement explicite	Activité d'apprentissage	Stratégie cognitive sollicitée
Session 1 180-015-RL	Lors de l'enseignement formel des cinq étapes de la démarche de soins	Modelage	Fournir des exemples d'étude de cas simple à l'aide du gabarit de la démarche de soins	Généralisation
		Modelage	Fournir un organisateur graphique représentant les concepts liés à la démarche de soins	Organisation
		Vérifier la compréhension	Vérifier la compréhension des étudiants et des étudiantes en leur posant des questions	Organisation
Session 2 180-047-RL	Lors d'analyse de situations en lien avec l'enseignement de différentes pathologies	Modelage	Fournir des exemples d'étude de cas simple portant sur la pathologie enseignée à l'aide du gabarit de la démarche de soins	Généralisation
		Modelage	Fournir des contre-exemples d'étude de cas à l'aide du gabarit de la démarche de soins, faire relever les erreurs par l'étudiant ou l'étudiante	Discrimination
		Vérifier la compréhension	Vérifier la compréhension des étudiants et des étudiantes en leur posant des questions	Organisation
		Pratique guidée	Compléter un organisateur graphique troué représentant les concepts liés à la démarche de soins	Organisation

	Lors des heures consacrées à la révision de l'utilisation de la démarche de soins en préparation aux stages	Vérifier la compréhension	Vérifier la compréhension des étudiants et des étudiantes en leur posant des questions ou sous forme de mini-tests	Organisation
	Lors des périodes appelées « enseignement clinique » faisant partie du stage clinique	Pratique guidée	Donner son avis sur le travail d'un ou d'une collègue	Discrimination
	Lors du stage clinique	Pratique autonome	Utiliser le gabarit de la démarche de soins pour une situation de soins simple chaque semaine de stage	Composition
	Après chaque semaine de stage	Rétroactions fréquentes	Rétroactions hebdomadaires sur la réalisation de la démarche de soins dans le cadre des stages cliniques	Automatisation
Session 3 180-085-RL	Lors d'analyse de situations en lien avec l'enseignement de différentes pathologies	Pratique guidée	Utiliser le gabarit de la démarche de soins pour une étude de cas en lien avec la pathologie étudiée	Composition
180-23A-RL	Lors des heures consacrées à la révision de l'utilisation de la démarche de soins en préparation aux stages	Pratique guidée	Réaliser un réseau de concepts illustrant une représentation de la démarche de soins et de son utilité en soins infirmiers	Organisation
	Lors des périodes appelées « enseignement clinique » faisant partie du stage clinique	Pratique guidée	Comparer deux exemples et trouver des ressemblances Inventer un contre-exemple	Généralisation
		Vérifier la compréhension	Vérifier la compréhension des étudiants et des étudiantes en leur posant des questions	Organisation

	Lors du stage clinique	Pratique guidée Pratique autonome	Donner son avis sur le travail d'un ou d'une collègue concernant une étude de cas en utilisant le gabarit de la démarche de soins Utiliser le gabarit de la démarche de soins pour une situation de soins simple de médecine-chirurgie ou de pédiatrie chaque semaine de stage	Discrimination Composition Automatisation
	Après chaque semaine de stage	Rétroactions fréquentes	Rétroactions hebdomadaires sur la réalisation de la démarche de soins dans le cadre des stages cliniques	Automatisation
Session 4 180-116-RL 180-135-RL	Lors d'analyse de situations en lien avec l'enseignement de différentes pathologies	Pratique guidée Vérifier la compréhension	Utiliser le gabarit de la démarche de soins pour une étude de cas en lien avec la pathologie étudiée Vérifier la compréhension des étudiants et des étudiantes en leur posant des questions	Composition Organisation
	Lors du stage clinique	Pratique autonome	Utiliser le gabarit de la démarche de soins pour une situation de soins de périnatalité ou de pédiatrie chaque semaine de stage	Composition
	Après chaque semaine de stage	Rétroactions fréquentes	Rétroactions hebdomadaires sur la réalisation de la démarche de soins dans le cadre des stages cliniques	Automatisation
Session 5 180-25D-RL 180-148-RL	Lors du stage clinique	Pratique autonome	Utiliser le gabarit de la démarche de soins pour une situation de soins complexe de médecine ou de psychiatrie chaque semaine de stage	Composition

	Après chaque semaine de stage	Rétroactions fréquentes	Rétroactions hebdomadaires sur la réalisation de la démarche de soins dans le cadre des stages cliniques	Automatisation
		Vérifier la compréhension	Vérifier la compréhension des étudiants et des étudiantes en leur posant des questions	Organisation
Session 6 180-21B-RL 180-228-RL	Lors du stage clinique	Pratique autonome	Justifier verbalement à son enseignant ou son enseignante les éléments d'analyse qui ont mené au constat d'évaluation de la situation de soins complexe chaque jour de stage	Automatisation
	Après chaque semaine de stage	Rétroactions fréquentes	Rétroactions quotidiennes sur les jugements cliniques posés dans le cadre des stages cliniques.	Automatisation
		Vérifier la compréhension	Vérifier la compréhension des étudiants et des étudiantes en leur posant des questions	Organisation